



**VICTOR FABIAN ALONZO ROSERO**  
**CC. 1.021.512.406 de Bogotá**  
**Bogotá D.C - Colombia**

---

Soy una persona comprometida, honesta, responsable y con capacidad de trabajar en equipo con la actitud para aprender y garantizar la confiabilidad de mis superiores, capaz de tomar decisiones en pro del bienestar de la empresa y de quienes me rodean, lo cual me hace una persona consciente, creativa, recursiva y sobre todo optimista ante los diferentes retos que se presenten, con experiencia en conducción, Servicio al cliente, así como alta vocación de servicio.

#### **DATOS PERSONALES**

---

Documento de Identidad:	1.021.512.406 de Bogotá
Estado Civil:	Unión libre
Correo Electrónico:	abnsfree62@gmail.com
Dirección:	calle sur 8b 45
Teléfono:	3208128302

---

---

**FORMACION ACADEMICA**

**BACHILLER:** COLEGIO DISTRITAL YOMAZA  
(BOGOTA)  
2021 OCTAVO

---

**REFERENCIA LABORAL**

**EMPRESA:** Uber  
**CARGO:** Conductor  
BOGOTA

---

---

## REFERENCIAS PERSONALES

### **CARLOS ESTEVAN**

Tel:3154179051

hornero

### **DIANA RODRIGUEZ**

TEL: 3132849252

comerciante

---

## REFERENCIAS FAMILIARES

### **CARLOS JULIO ALONSO**

Tel.3219071842

conductor

### **ASTRID DOTOR**

Tel. 3143536589

Oficios varios

Cordialmente

---

**VICTOR FABIAN ALONSO ROSERO**

**CC.1.025.512.406 de Bogotá**

**CEL.3208128302**

**Bogotá**

---

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.021.512.406**

**ALONSO ROSERO**

APELLIDOS

**VICTOR FABIAN**

NOMBRES

  
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUL-2004**  
**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.73**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

**M**

SEXO

**15-JUL-2022 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01320500-M-1021512406-20220927

0086762615A 1

8505164256





Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1021512406

NOMBRE

**VICTOR FABIAN ALONSO ROSERO**

FECHA DE NACIMIENTO

**13-07-2004**

SANGRE/RH

**A+**

FECHA DE EXPEDICIÓN

**17-02-2023**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

**CONducir con LENTES**

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

**SDM - BOGOTÁ D.C.**



### CATEGORÍAS AUTORIZADAS

CATEGORÍA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
<b>B1</b>	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	17-02-2033	PARTICULAR
<b>C1</b>	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	17-02-2026	PÚBLICO



ESTA LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03005532538

Servicios Integrales 60947.2.0-4 08/22





Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10021820568

PLACA <b>JTX440</b>	MARCA <b>FOTON</b>	LÍNEA <b>BJ1044V9JD4-F1</b>	MODELO <b>2021</b>
CILINDRADA CC <b>2.771</b>	COLOR <b>BLANCO</b>	SERVICIO <b>PÚBLICO</b>	
CLASE DE VEHÍCULO <b>CAMIONETA</b>	TIPO CARROCERÍA <b>FURGON</b>	COMBUSTIBLE <b>DIESEL</b>	CAPACIDAD Kg/PSJ <b>2300</b>
NÚMERO DE MOTOR <b>L026018</b>	REG <b>N</b>	VIN <b>LVBV3JBB6MY002203</b>	
NÚMERO DE SERIE <b>LVBV3JBB6MY002203</b>	REG <b>N</b>	NÚMERO DE CHASIS <b>LVBV3JBB6MY002203</b>	REG <b>N</b>
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) <b>MENDEZ PEREZ DERLY TATIANA</b>		IDENTIFICACIÓN <b>C.C. 1023939292</b>	

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

110

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

I/E

FECHA IMPORT.

PUERTAS

**352020000377726**

|

**28/10/2020**

**2**

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

**PRENDA - FINANZAUTO SA**

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

FECHA VENCIMIENTO

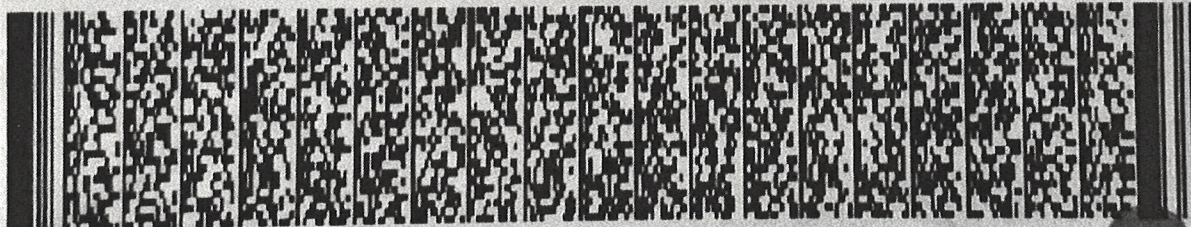
**12/12/2020**

**21/12/2020**

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

**STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA**



CCOMC

**LT07000501720**





Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
MINISTERIO DE AMBIENTE Y  
DESARROLLO SOSTENIBLE

**RUNT**  
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO



**CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES**  
No. 163158169

**DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO**

**Entidad que expide el certificado:** CDA RUEDE SEGURO LTDA.  
**NIT:** 900170215 **No. de Certificado de Acreditación:** 09-OIN-013-001  
**Fecha de expedición:** 2022/12/13 **Fecha de vencimiento:** 2023/12/13

**DATOS VEHÍCULO**

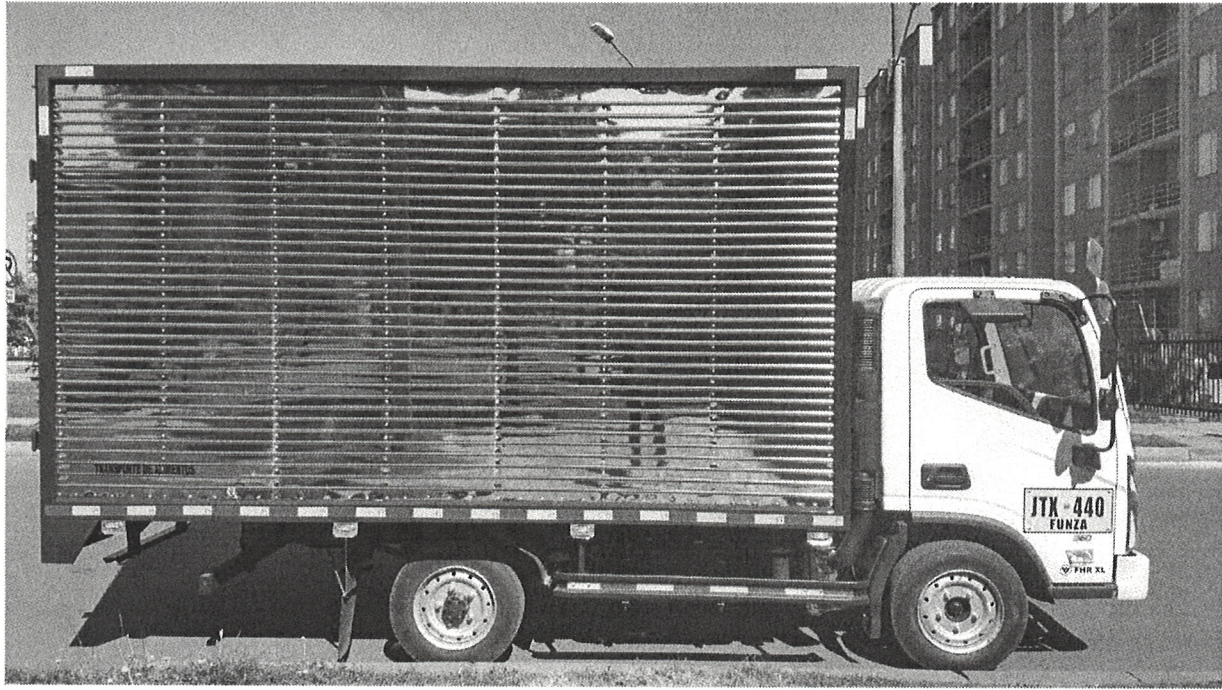
**PLACA:** JTX440 **CLASE:** CAMIONETA  
**MARCA:** FOTON **MODELO:** 2021  
**SERVICIO:** Público **COMBUSTIBLE:** DIESEL  
**CILINDRAJE:** 2771 **NRO. MOTOR:** L026018  
**NRO. CHASIS:** LVBV3JBB6MY002203 **VIN:** LVBV3JBB6MY002203  
**LÍNEA:** BJ1044V9JD4-F1  
**COLOR:** BLANCO  
**NOMBRE PROPIETARIO:** DERLY T. MENDEZ P.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

MARIO ROBAYO QUINTERO











¿CÓMO CONDUZCO?  
MARQUE GRATIS  
#767

VELOCIDAD MÁXIMA  
60 KM/H

310 205 6011

JTX-440  
FUNZA

FOTON

FOTON



# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA			HASTA				
AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 00 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2022	12	11	2022	12	12	2023	12	11		



No. DE PÓLIZA <b>84488003 - 606238383</b>	PLACA No. <b>JTX440</b>	CLASE DE VEHÍCULO <b>CARGA O MIXTOS</b>	SERVICIO <b>PUBLICO</b>	CILINDRAJE/VATIOS <b>2771</b>	MODELO <b>2021</b>
--	----------------------------	--	----------------------------	----------------------------------	-----------------------

PASAJEROS <b>3</b>	MARCA <b>FOTON</b>	CARROCERÍA <b>FURGON</b>
LÍNEA VEHÍCULO <b>BJ1044V9JD4-F1</b>		

No. MOTOR <b>L026018</b>	No. CHASIS ó No. SERIE <b>LVBV3JBB6MY002203</b>	No. VIN <b>LVBV3JBB6MY002203</b>	CAPACIDAD TON. <b>2,30</b>
-----------------------------	--	-------------------------------------	-------------------------------

APellidos y Nombres del Tomador <b>DERLY MENDEZ</b>	TELÉFONO DEL TOMADOR <b>3204049141</b>	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR <b>CC</b>	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR <b>1023939292</b>	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR <b>FUNZA</b>
--	---	--	---	---

CODIGO DE ASEGURADORA <b>1317</b>	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA <b>14</b>	CLAVE PRODUCTOR <b>80001522</b>	No. FORMULARIO <b>84488003</b>	CIUDAD EXPEDICIÓN <b>11001</b>
--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

TARIFA <b>31</b>	PRIMA SOAT <b>\$ 480.600</b>	CONTRIBUCIÓN FOSYGA <b>\$ 249.900</b>	TASA RUNT <b>\$ 2.100</b>	AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
---------------------	---------------------------------	--	------------------------------	---------------------	-------	--

TOTAL A PAGAR

**\$ 732.600**

FIRMA AUTORIZADA

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	<b>800</b>	<b>SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES</b>
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	<b>180</b>	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	<b>750</b>	
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	<b>10</b>	



Seguro Ter-cero

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.

Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: [www.segurotercero.com](http://www.segurotercero.com)

**Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:**

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

**En caso de accidente de tránsito:**

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

**Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos**

- Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

**Habes data**

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, la cual puede ser consultada en: [www.segurosmondial.com.co/legal/](http://www.segurosmondial.com.co/legal/). Dentro de Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos. Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.



Con la compra y/o renovación de tu SOAT eres parte del Club Te Beneficio Mundial, donde obtendrás descuentos y promociones de manera limitada, en diferentes establecimientos de comercio a nivel nacional: [registro.tubeneficiomundial.com](http://registro.tubeneficiomundial.com)

Solo tienes que registrarte y en el enlace recibirás un correo de forma automática, ábrelo y haz click en el botón [www.tubeneficiomundial.com](http://www.tubeneficiomundial.com) para disfrutarlos.



Subred: SUR OCCIDENTE Número de Inscripción: \_\_\_\_\_  
 Unidad de Servicios de Salud: TONTIBON Número de Carpeta: \_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO**

1.1 Línea del inventario: ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS  
 1.2 Actividad: Vehículo Transportador de Alimentos  
 1.3 Dirección donde se realiza la inspección: CRA 99 - CU 100  
 1.5 Localidad: NOVENA 1.6 UPZ: \_\_\_\_\_  
 1.7 Barrio: COMPOSTELA  
 1.8 Nombre del propietario del vehículo: DERLY TATIANA MENDEZ PEREZ 1.10 Teléfono: 3102133100  
 1.9 Tipo de documento: C.C.  C.E.  NIT.  1.13 Número: 1.023939292 1.11 Email: dmendez.2014@gmail.com  
 1.12 Dirección de Notificación: CU 54 A N° 39-81  
 1.13 Nombre del Conductor: JOHN STEVEN VARGAS PERA 1.14 Teléfono: 3183209039  
 1.15 Tipo de documento: C.C.  C.E.  1.16 Número: 1001276762  
 1.17 Nombre del propietario del producto: EMPRESAS NACIONALES 1.18 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 1.19 Tipo de documento: C.C.  C.E.  NIT.  1.22 Número: \_\_\_\_\_ 1.20 Email: N-A  
 1.21 Tipo de vehículo: Camión  Camioneta  Tracto-camión  Remolque  Trailer  Otro  Cual: \_\_\_\_\_  
 1.22 Tipo de carrocería: Cabinado  Van  Furgón  Capacete  Botellero  SRS  Tanque  Otra  Cual: \_\_\_\_\_  
 1.23 Modelo: 2021 1.24 Marca: FOTON 1.25 Color: BLANCO 1.26 Placa: JTX440  
 1.27 Sistema de refrigeración: SI  NO   
 1.28 Horario y día de funcionamiento: DOMINGO A DOMINGO 1.29 Número de trabajadores: \_\_\_\_\_  
 1.30 Tipo de alimento que transporta: MATERIAS PRIMAS PARA ALIMENTOS / CARGA SECA  
 1.31 Tipo de materias primas que transporta: LAS ASIGNADAS

**CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA**

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	Día Mes Año			Favorable	% De cumplimiento de la última inspección	%
		Día	Mes	Año		
	27	03	2023	Desfavorable		

**MOTIVO DE LA VISITA**

Programación <input type="checkbox"/>	Solicitud del interesado <input type="checkbox"/>	Asociada a peticiones quejas y reclamos <input type="checkbox"/>
Solicitud oficial <input type="checkbox"/>	Evento de interés en salud pública <input type="checkbox"/>	Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin <input type="checkbox"/>
Otro: <u>Especifique:</u>		

**EVALUACIÓN**

**CALIFICACIÓN**

Aceptable	A	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la <b>totalidad</b> de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento	AR	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la <b>parcialmente</b> de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable	I	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple con <b>ninguno</b> de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Crítico	C	Marque con una X cuando la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medidas Sanitarias de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores



I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS					
1. DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS	
1.1 Diseño sanitario del vehículo (Decreto 561 del 1984, Art. 98, Decreto 2278/1982 Art. 365, 367, 368, 369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art. 57, Art. 58 y Art. 59, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4)	12	6	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta		

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS					
2. EQUIPO Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS	
2.1 Condiciones de los utensilios (Decreto 561 de 1984, Art. 98, Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4, Resol. 2674/2013, Art. 29, Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)	12	6	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta		

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1 Estado de salud (Resol. 2674/2013, Art. 11, Núm. 5, Art. 14, Núm. 12.)	13	6,5	0	
3.2 Reconocimiento médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	4	2	0	
3.3 Prácticas higiénicas (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14, Artículo 36, Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	13	6,5	0	



I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
CONTINUACIÓN 3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.4 Educación y capacitación (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13, Artículo 36.)	6	3	0	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			36	La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta

C

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
4. SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1 Limpieza del vehículo (Resolución 2674/2013, Art. 29, Núm. 4 y 5.)	15	7.5	0	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			15	La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta

C

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
5. VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1 Condiciones de conservación del producto (Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373, Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99, Resol. 2674/2013 Art. 29, Núm. 6, 7, 8, Art. 30, Parágrafo 1 y 2.)	20		0	
5.2 Empaque, rotulado y vida útil (Decreto 561 de 1984, Art. 73, Decreto 5109 de 2005, Resol. 2674/2013, Art. 19, Numeral 2, Art. 29, Núm. 1.)	5	2.5	0	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

C

C



**II. CONCEPTO SANITARIO**

% De cumplimiento	Concepto	Nivel de cumplimiento	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
100 %	<input checked="" type="checkbox"/> Favorable	90 - 100%	
	Favorable con requerimientos	60 - 89,9%	
	Desfavorable	<59,9%	

**III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO**

Número total de muestras tomadas	NINGUNA
Número del acta de toma de muestras	NINGUNA

**IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS**

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

**V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD**

Si  No

Clausura temporal total	<input type="checkbox"/>	Suspensión total de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>
Clausura temporal parcial	<input checked="" type="checkbox"/>	Decomiso	<input type="checkbox"/>
Suspensión parcial de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>	Congelación	<input type="checkbox"/>

**VI. OBSERVACIONES**

Por parte de autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte del establecimiento:

NINGUNA

**VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA**

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que interviniere en la visita, hoy 17 del mes de MARZO del año 2013 en la ciudad de Bogotá D.C.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

FUNCIONARIO DE SALUD (1)		FUNCIONARIO DE SALUD (2)	
Nombre: <u>DAVID MONTAÑA</u>	Nombre:		
Tipo de documento: <u>C.C.</u>	Tipo de documento:		
Número de documento: <u>9500499</u>	Número de documento:		
Cargo: <u>IFE AMBIENTAL</u>	Cargo:		
Firma: <u>[Firma]</u>	Firma:		
PERSONAS QUE ATIENDEN LA VISITA		TESTIGO	
Nombre: <u>JUAN SEBASTIÁN VARGAS</u>	Nombre:		
Tipo de documento: <u>C.C. / V.C.E. / NIT.</u>	Tipo de documento:		
Número de documento: <u>1001276762</u>	Número de documento:		
Cargo: Representante legal <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Encargado <input checked="" type="checkbox"/>	Cargo:		
Firma: <u>[Firma]</u>	Firma:		