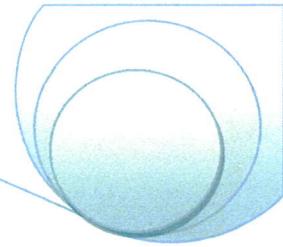


JUAN FELIPE MÉNDEZ GARCIA.



PERFIL PROFESIONAL

Soy una persona culta, honesta, responsable, respetuosa, decidida y colaboradora. Poseo alta capacidad de organización y aprendizaje, excelente relaciones personales y disposición para el trabajo en equipo.

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Juan Felipe Méndez García
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1016059245 De Bogotá
FECHA DE NACIMIENTO 09- septiembre- 1993
LUGAR DE NACIMIENTO Bogotá
ESTADO CIVIL Unión Libre
DIRECCIÓN Calle 14 B No 116-70 Bloque 7 casa 9
TELÉFONO 3125105390
E-MAIL dangie.25@hotmail.es

INFORMACION ACADEMICA

- **ESTUDIOS SECUNDARIOS:** Colegio unidad educativa prados de alameda 2010
- **ESTUDIOS PRIMARIOS:** colegio unidad educativa prados de alameda 2004

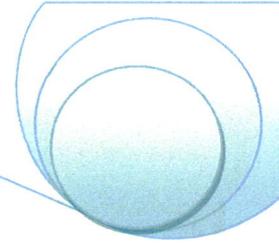


EXPERIENCIA LABORAL

- **NOMBRE DE LA EMPRESA: CARGATODO**
- **JEFE INMEDIATO: Luis Felipe Arteaga**
- **TELEFONO- CELULAR: 3505404876**

- **NOMBRE DE LA EMPRESA: AIR CARRIER**
- **JEFE INMEDIATO: Oscar Muñoz**
- **TELEFONO- CELULAR: 3245285835**

- **NOMBRE DE LA EMPRESA: COLOMBIA CIPE SAS**
- **JEFE INMEDIATO: Fabio Castellanos**
- **TELEFONO- CELULAR: 3118125026**



REFERENCIA FAMILIAR

- **JHON HENRY MENDEZ AVILA**
- **CARGO Y/O PROFESION: LOGISTICA Y TRANSPORTE**
- **TELEFONO - CELULAR: 3112647790**
-
- **NATHALIA MENDEZ GARCIA**
- **CARGO Y/O PROFESION: jefe de Enfermería**
- **TELEFONO - CELULAR: 3144786659**

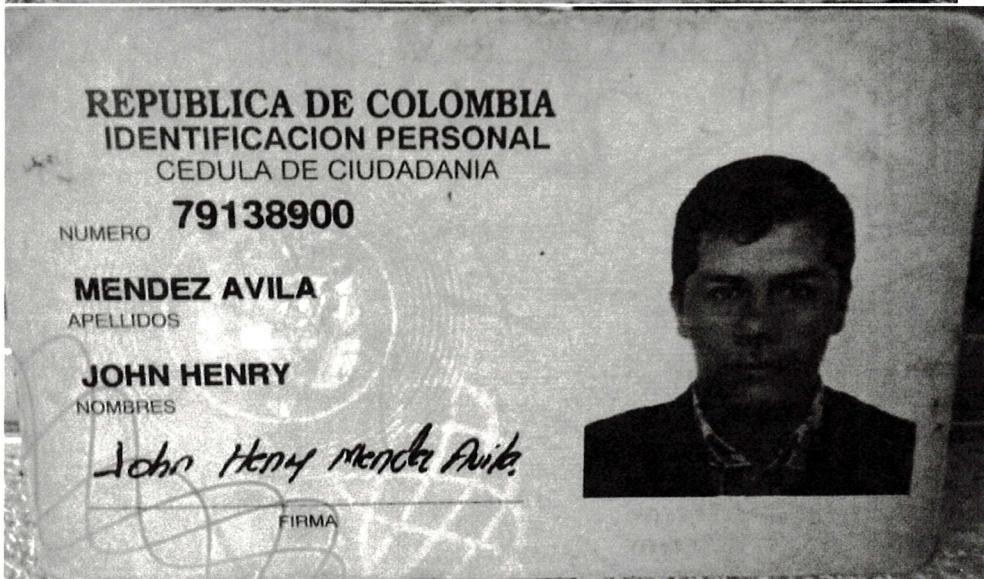
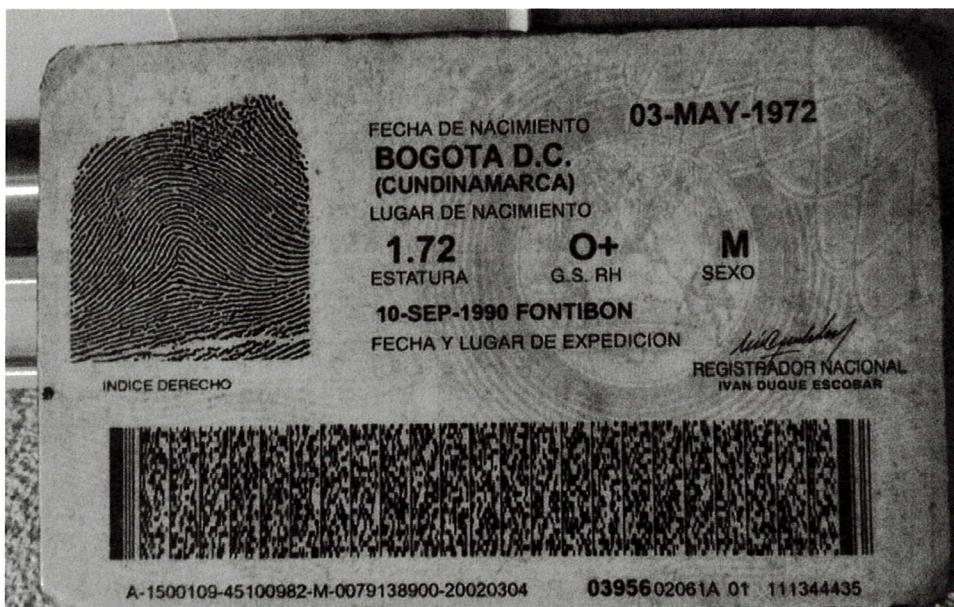
REFERENCIA PERSONAL

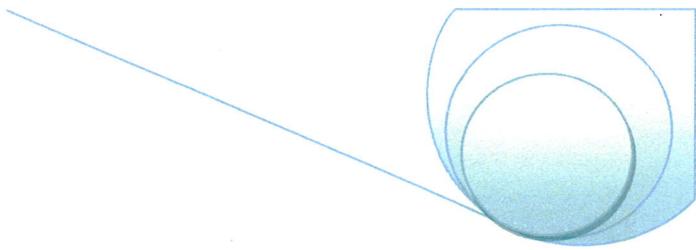
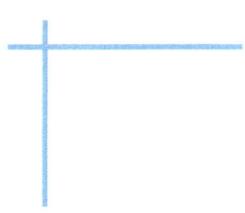
- **JOSE LEONARDO GUTIERREZ**
- **CARGO Y/O PROFESION: LOGISTICA Y TRANSPORTE**
- **TELEFONO – CELULAR: 3103110592**

- **DANIELA ACOSTA**
- **CARGO Y/O PROFESION: GESTION COMERCIAL**
- **TELEFONO – CELULAR: 3223794537**

- **NELSON ACEVEDO**
- **CARGO /O PROFESION: LOGISTICA Y TRANSPORTE**
- **TELEFONO - CELULAR : 3112114836**







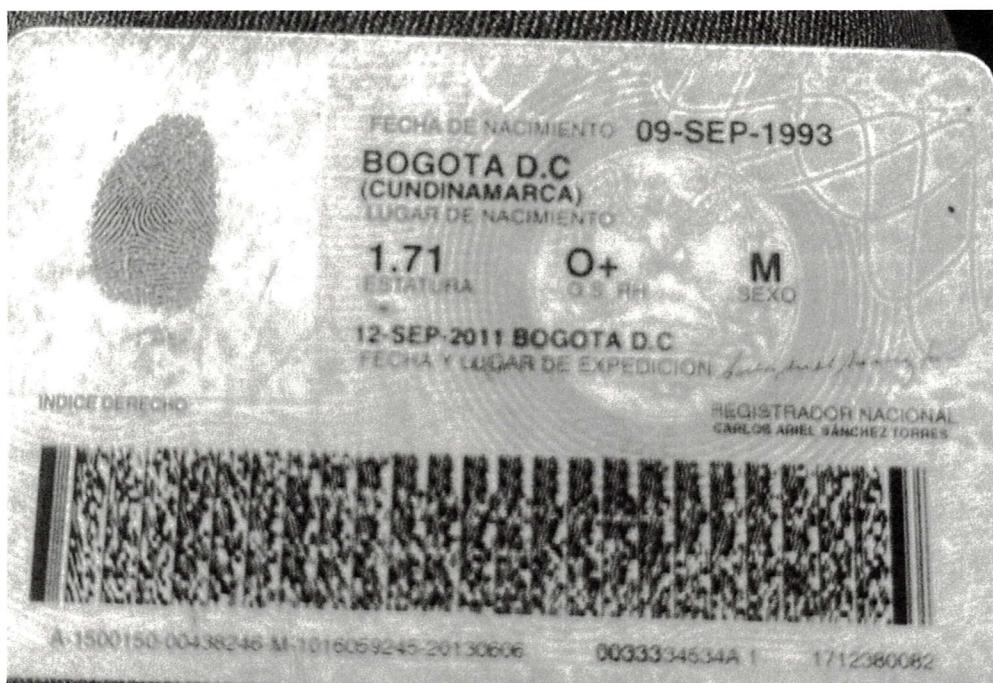
Juan Felipe Méndez García

Cc 1016059245



LICENCIA DE TRANSITO N° 06-25473000		0879064		
PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRE HENDEZ AVILA JOHN HENRY				
IDENTIFICACIÓN	TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NIT	C.F.
		X		
	NO.	79.138.900		
DIRECCION CL. 17 F. N. 113-62 BOGOTÁ				
CIUDAD	TELEFONO			5471071
ULTIMA TRANSITREG. IN	FONDALENA - TRANSITO			
LIMITACION A LA PROPIEDAD				
FECHA DE EXPEDICION	NUEVA YORK 2007			
25	01	2007	HENDEZ AVILA JOHN HENRY LIZARDO LARA	







Registro/Orden: 300/103

Fecha: 03/04/2023

Paciente: JUAN FELIPE MENDEZ GARCIA

Identificación: 1.016.059.245

Edad: 29 añoS

Empresa: PARTICULAR

Cargo: CONDUCTOR



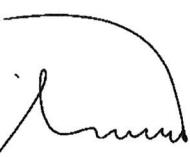
EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

Paciente consiente en tiempo y espacio, inquietud motora, atención, intrusivo, sigue indicaciones. Adecuada presentación personal. En el plano intelectual dentro de Parámetros normales.

Según resultados de pruebas aplicadas (Test de personalidad valoración estandarizada BF5): adherencia a la relación familiar filial actual, afecto adecuado, alteración de la actividad y la atención. No alteración sensoperceptiva, no alteración del juicio de realidad.

No presenta trastornos circulatorios, vértigo acufenos, ni trastornos de tipo neurológico. Persona activa, carismática, enfrenta correctamente riesgos, con un gran equilibrio emocional por lo que es apto para trabajar en espacios físicos y destrezas de conducción.

PSICODIAGNOSTICO: Paciente que asiste a sesión de psicométrica presenta Comportamiento mental sano, neurosis normal, contratación excelente, buena Coordinación bimanual conducta y moderación adecuada.



Rocio Álvarez Romero
Psicólogo
RN 13909



INSTITUTO METROPOLITANO DEL META

RESOLUCION 2280 DEL 24 NOVIEMBRE 2021

HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS

3232

MENDEZ GARCIA
JUAN FELIPE

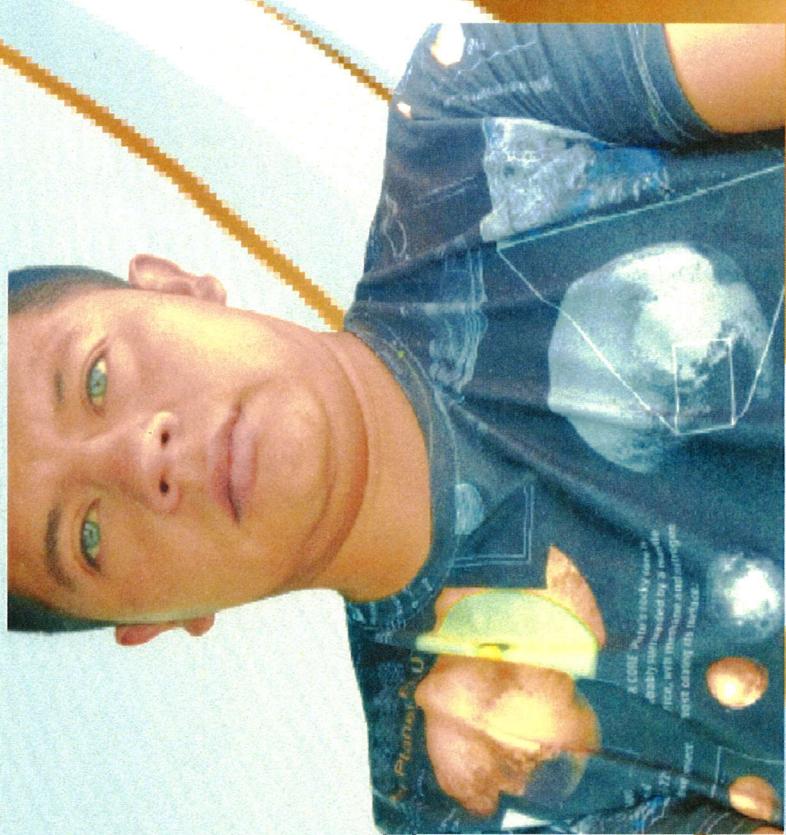
C.C 1016059245

LICENCIA: HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS

CATEGORIA: No aplica
HORAS: 40

RH: O +

VIGENCIA: 2023-04-02 **HASTA** 2024-04-02



INSTITUTO METROPOLITANO DEL META

RESOLUCIÓN No. 1500-67.10/2280 DEL 24 DE NOVIEMBRE DEL 2021
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

CERTIFICA QUE

JUAN FELIPE MENDEZ GARCIA

Identificado con cédula de ciudadanía
1016059245 de Bogotá

Asistió al curso "HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS"
Aprobó el día 2023-04-02 - Válido hasta 2024-04-02
Con una intensidad horaria de 40 horas - En constancia firman



Diego Lopez

Diego Fernando López González
Gerente

Julián Camilo Ávila Agudelo
Secretario

Luisa Fernanda Ávila González
Representante Legal



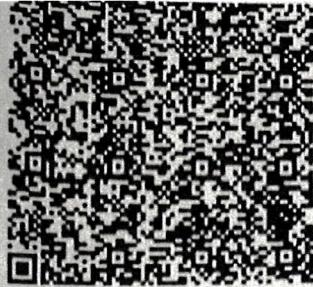
SOAT

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

FECHA DE EXPEDICIÓN
AÑO | MES | DÍA
2022 11 18

VIGENCIA
DESDE AÑO | MES | DÍA
2022 11 19

HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA
2023 11 18



seguros
mundial[®]
tu compañía siempre

NO. DE POLÍZA 84336034 - 600005751	PLACA NO. SWL518	CLASE DE VEHÍCULO CARGA O MIXTOS	SERVICIO PÚBLICO	CILINDRAJE/VATOS 3856	MODELO 2007
PASAJEROS 2	MARCA JAC	LÍNEA VEHÍCULO HFC1061K	CARROZERIA FURGON		
NO. MOTOR CY4102BZLQ06112663		NO. CHASIS o NO. SERIE LJ11KDBC871000423	NO. VIN NA		CAPACIDAD TON. 3,00
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR JHON HENRY MENDEZ AVILA		TELÉFONO DEL TOMADOR 3112647790	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR CC	NO. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR 79138900	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR BOGOTA D.C.
CÓDIGO DE ASEGURADORA 1317	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA 601	CLAVE PRODUCTOR 13158	NO. FORMULARIO 84336034	CIUDAD EXPEDICIÓN 11001	
TARIFA 31	PRIMA SOAT \$ 480.600	CONTRIBUCIÓN FOSYGA \$ 249.900	TASA RUNT \$ 2.100	AMPAROS POR VICTIMA A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS B. INCAPACIDAD PERMANENTE C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	HASTA 800 180 750 10 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
TOTAL A PAGAR \$ 732.600					

FIRMA AUTORIZADA

¿SABIAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO
PUEDES COMPLEMENTARLA: PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?

Seguro
Ter-cero
seguro tercero en línea

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

Siempre tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

• Portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento para validar que su poliza esta registrada en el RUNT.
• Al momento en que deba renovar su poliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recibo por todos los costos de la atención de los accidentes.
• SOAT en lugares autorizados.

Si se encuentra herido:

• Debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
• El prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud. Si los médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de salud.

• La reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a tercero.

Lateral de la vigencia por duplicidad de amparos

• La duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia existir una poliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la poliza que se está expediendo es la misma que tiene vigencia a partir del vencimiento de la poliza que ya se encuentra en el RUNT.

Habeas data

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los 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 Personales, la cual puede ser consultada en: www.segurosmundial.com.co/politica. En la Política encontrara los derechos que le asisten como titular de sus datos y lo que tiene para ejercerlos. Recuerde que no está en obligación de otorgar datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

ANÚNCIOS NUEVOS

BENEFICIOS

Con la compra y/o renovación de tu SOAT eres parte del Club Tu Beneficio donde obtendrás descuentos y promociones de farmacias, consultorios y establecimientos de comercio a nivel nacional. registro.tubeneficio.com

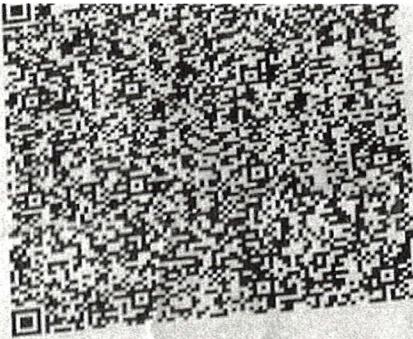
Solo bienes que registraste y en el enlace recibes un correo de bienvenida y haz click en el botón www.tubeneficiomundial.com



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

Libertad y Orden

RUNT
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES
No. 164800799

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA CARMOTOS MIX

NIT: 901448044

No. de Certificado de
Acreditación: 21-CDA-091

Fecha de expedición: 2023/02/20

Fecha de vencimiento: 2024/02/20

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SWL518

CLASE: CAMION

MARCA: JAC

MODELO: 2007

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 3856

NRO. MOTOR: CY4102BZLQ06112663

NRO. CHASIS: LJ11KDBC871000423

VIN:

LÍNEA: HFC1061K

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: JOHN H. MENDEZ A.

FIRMA DEL RESPONSABLE

JHOAN FABIAN HEREDIA VALDERRAMA

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO
ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número

AS14C 313071

Fecha: 03 de abril de 2023

Nombre del establecimiento: SWL 518

Nombre del producto: Alimentos variados e insumos alimenticios.

ASPECTOS A VERIFICAR	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
1. El rótulo no describe o presenta el producto alimenticio envasado, en forma falsa, equívoca o engañosa o susceptible de crear una impresión errónea respecto de su naturaleza o inocuidad.	X			
2. No contiene ilustraciones o representaciones gráficas que hagan alusiones a propiedades medicinales, preventivas o curativas que den lugar a impresiones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento.	X			
3. Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes.	X			
4. No emplea palabras, ilustraciones o representaciones gráficas, que sugieran directa o indirectamente cualquier otro producto con el cual pueda confundirse o inducir a suponer que el alimento se relaciona en forma alguna con otro producto.	X			
5. El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente.	X			
6. Contiene la lista de ingredientes.	X			
7. Contiene la lista de ingredientes. El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición.	X			
8. Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por". Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador. En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente.	X			
9. Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L".	X			

1. Cumple | 2. No Cumple | 3. No Aplica

Hoja 1/2

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DOI

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO
ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número
AS14C 313071

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.	X			
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.	X			
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.	X			
13. En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.	X			
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.	X			
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.	X			
FUNCIONARIO DE SALUD (1)		FUNCIONARIO DE SALUD (2)		
Nombre: <u>Alexandra Velandia</u>		Nombre:		
Tipo de documento: <u>CC</u>		Tipo de documento:		
Número de documento: <u>1015405546</u>		Número de documento:		
Cargo: <u>TSA</u>		Cargo:		

Impresión: Subdirección de Inspección Distrital DDI

Hoja 2/2

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Subred: <u>511 occidente EST</u>	Número de Inscripción: <u>1</u>
Unidad de Servicios de Salud: <u>Fontibon</u>	Número de Carpeta: <u>1</u>
1. IDENTIFICACIÓN DEL VEHICULO	
1.1 Línea de Intervención:	
1.2 Actividad: Vehículo Transportador de Alimentos	
1.3 Dirección donde se realiza la inspección: <u>Cra 106 # 159 - 63</u>	
1.5 Localidad: <u>Fontibon</u>	1.6 UPZ: <u>Zona Franca</u>
1.7 Barrio: <u>Compostela</u>	
1.8 Nombre del propietario del vehículo: <u>John Henry Mendoza A.</u>	1.9 Teléfono: <u>312 510 5390</u>
1.10 Tipo de documento: C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	1.13 Número: <u>74 138 900</u>
1.11 Email: <u>jan Felipe.Mendoza@gmail.com</u>	
1.12 Dirección de Notificación: <u>Calle 146 # 116-70</u>	
1.13 Nombre del conductor: <u>Jan Felipe Mendoza Garcia</u>	1.14 Teléfono: <u>312 510 5390</u>
1.15 Tipode documento: C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/>	1.16 Número: <u>1016 059 245</u>
1.17 Nombre del propietario del producto:	
1.19 Tipo de documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	1.22 Número:
1.20 Email:	
1.21 Tipo de vehículo: Camión <input checked="" type="checkbox"/> Camioneta <input type="checkbox"/> Tracto-Camión <input type="checkbox"/> Remolque <input type="checkbox"/> Trailer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual:	
1.22 Tipo de carrocería: Cabinado <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Furgón <input checked="" type="checkbox"/> Capacele <input type="checkbox"/> Botellero <input type="checkbox"/> SRS <input type="checkbox"/> Tanque <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual:	
1.23 Modelo: <u>2007</u>	1.24 Marca: <u>JAC</u>
1.25 Color: <u>Blanco</u>	1.26 Placa: <u>EWL 518</u>
1.27 Sistema de refrigeración: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
1.28 Horario y dia de funcionamiento: <u>Domingo a domingo</u>	
1.29 Número de trabajadores: <u>2</u>	
1.30 Tipo de alimento que transporta: <u>Alimentos variados e insumos alimenticios</u>	
1.31 Tipo de materias prias que transporta:	

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	Favorable <input checked="" type="checkbox"/>			% De cumplimiento de la ultima inspección	%		
	Favorable con requerimientos <input type="checkbox"/>						
	Desfavorable <input type="checkbox"/>						

MOTIVO DE LA VISITA

Programación <input type="checkbox"/>	Solicitud del interesado <input checked="" 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: <input type="checkbox"/> Especifique:		

EVALUACIÓN

CALIFICACIÓN

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

1. 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 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366, 367, 368,369 y 373 Decreto 618 de 2008 Art 57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013 Art. 29. Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C				
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				
La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta				
1. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
2. EQUIPOS 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 6. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C				
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				
La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta				
1. 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.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C				
3.2 Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C				
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.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C				

1. 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.)	✓	1	0	Se evidencia certificado de manipulación de alimentos con fecha del 03 de abril de 2023
			C	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta	
1. 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.)	✓5	7.5	6	Se evidencia certificado de fumigación del vehículo con fecha del 03 de abril de 2023
			C	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta	
1. 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	10	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	

II. CONCEPTO SANITARIO			
% De cumplimiento	CONCEPTO	Nivel de cumplimiento	En caso de uno o mas 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 impondrá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
96%	Favorable	90-100%	En caso de uno o mas 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 impondrá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
	Favorable con requerimientos	60-89.9%	
	Desfavorable	<59.9%	
III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO			
Número total de muestras tomadas			
Número del acta de toma de muestras			
IV. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO			
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 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			
Clausura temporal total	<input type="checkbox"/>	Suspensión total de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>
Clausura temporal parcial	<input type="checkbox"/>	Decomiso	<input type="checkbox"/>
Suspensión parcial de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>	Congelación	<input type="checkbox"/>
VI. OBSERVACIONES			
Por parte de la autoridad sanitaria:			
Por parte del establecimiento:			
VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA			
Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy <u>03</u> del mes de <u>abril</u> del año <u>2023</u> 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 (5) días contados a partir de la realización de la visita.			
FUNCIONARIO DE SALUD (1)		FUNCIONARIO DE SALUD (2)	
Nombre: <u>Alexandra Velundia</u>	Nombre:		
Tipo de documento: <u>CC</u>	Tipo de documento:		
Número de documento: <u>1015405546</u>	Número de documento:		
Cargo: <u>TSA</u>	Cargo:		
Firma: <u>WSD</u>	Firma:		
PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA		TESTIGO	
Nombre: <u>Juan Felipe Mendez Gurcia.</u>	Nombre:		
Tipo de documento: <u>C.C</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>C.E</u> <input type="checkbox"/> <u>NIT</u> <input type="checkbox"/>	Tipo de documento:		
Número de documento: <u>1016059245</u>	Número de documento:		
Cargo: Representante legal: <input type="checkbox"/> Propietario: <input type="checkbox"/> Encargado: <input checked="" type="checkbox"/>	Firma:		
Firma: <u>Juan Mendez</u>			

Medellín, 03 de abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de LOGIS EMPRESARIAL M Y G SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001	PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1016059245	MENDEZ GARCIA JUAN FELIPE	04/04/2023		18918714	DEPENDIENTE	POR INICIAR
null						

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

VIGILADO Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/04/2023 08:05:40 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.216.41.23, 192.230.104.9, 172.16.42.57

CREPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE
RIESGOS LABORALES

JUAN FELIPE MENDEZ
GARCIA
CC 1.016.069.245

ARL | SURA 

Nit N901580436DEP
Afiliado
Empresa LOGIS EMPRESARIAL M Y
G SAS