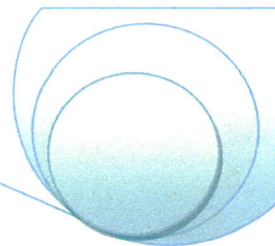


JUAN FELIPE MÉNDEZ GARCIA.



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

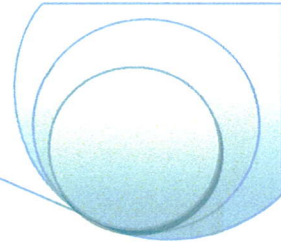


EXPERIENCIA LABORAL

- **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

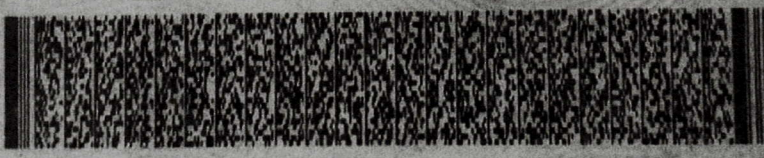
- **DANIELA ACOSTA**
- **CARGO Y/O PROFESION:** GESTION COMERCIAL
- **TELEFONO - CELULAR:** 3223794537

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




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAY-1972**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
10-SEP-1990 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

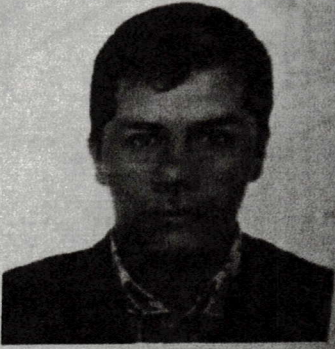


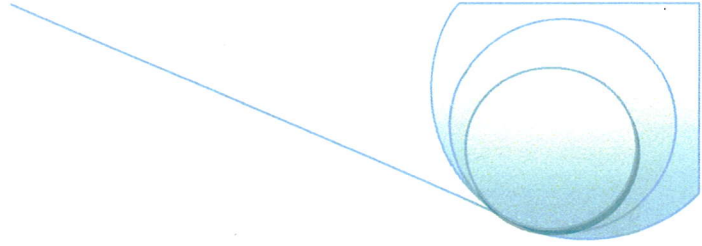
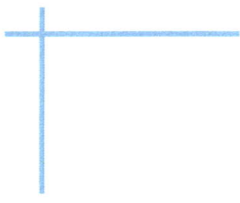
A-1500109-45100982-M-0079138900-20020304 0395602061A 01 111344435

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79138900**

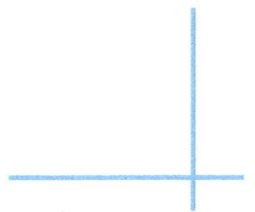
MENDEZ AVILA
APELLIDOS
JOHN HENRY
NOMBRES
John Henry Mendez Avila
FIRMA





Juan Felipe Méndez García

Cc 1016059245



REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE TRANSPORTE
DIRECCION GENERAL
TRANSITO Y TRANSPORTE TERRESTRE AUTOMOTOR

06 0879064
LICENCIA DE TRANSITO No.

PLACA: **54 518** MARCA: **JAC HFC1061K** LINEA: **3836** POTENCIA: **2007**

CLASE DE VEHICULO: **MANEJO**

DIR: **PUBLICO** CADUCIDAD TIPO: **FURGEN** NO. CUELLAS: **02**

C: **674101172 008112663** R: **NUMERO DE SER: 111K080371000423**

C: **111K080371000423** R: **2.76/3** CAPTON / PUS: **PEDIGRATO MEXICANA**

ENTRADA ENTRE EJES: **VOLADIZO POSTERIOR** AN. DE C.B.S.

ANCHO (m): **ALTO (m):** **LARGO (m):**

SERIAL COMANDANTE: **25865012094797 BARRANDILLA** 05 12 2006

SE LE OTORGAN LAS VISTAS PARA LOS OJOS ARTIFICIALES PARA LA CATEGORIA DE CONDUCTOR DE VEHICULOS DE MOTORIA DEL SECTOR DEL TRANSPORTE TERRESTRE AUTOMOTOR.

LICENCIA DE TRANSITO No. 06-25473000 0879064

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRE: **MEÑEZ AVILA JOHN HENRY**

IDENTIFICACION: **TIPO DE DOCUMENTO: X C.E.** **NIT:** **C.E.** **VERO:**

No. **79.138.900**

DIRECCION: **CL. 17 N. 113 62 BOGOTA**

CUIDAD: **BOGOTA D.C.** TELEFONO: **5471091**

ULTIMO TRAMITE: **REG. IN** **POSIBLES** TRANSITO

LIMITACION A LA PROPIEDAD:

FECHA DE EXPEDICION: **25-01-2007**

Henry Liz Rios Lara



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1016059245

NOMBRE

JUAN FELIPE MENDEZ GARCIA

FECHA DE NACIMIENTO

09-09-1993

SANGRE RES

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

16-09-2021

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

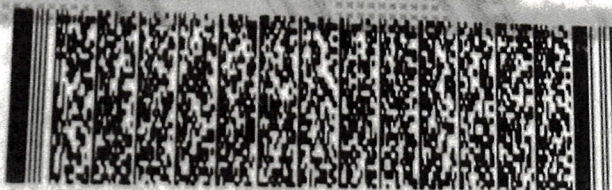


ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y TRÁFICO

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	16-09-2031	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	16-09-2024	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07000478205

FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1993
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

12-SEP-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00438246 M-1016059245-20130606 0033334534A 1 1712380082

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.059.245
MENDEZ GARCIA

APELLIDOS
JUAN FELIPE

NOMBRES
JUAN MENDEZ

REPUBLICA DE COLOMBIA





MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL



Registro/Orden: 300/103

Paciente: JUAN FELIPE MENDEZ GARCIA

Empresa: PARTICULAR

Fecha: 03/04/2023

Identificación: 1.016.059.245

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 29 años



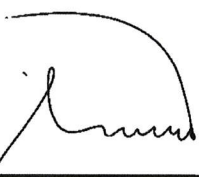
EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

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 psicometría 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 **RH:** O+

HORAS: 40

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

[Signature]

Julían Camilo Ávila Agudelo
Secretario

[Signature]

Luisa Fernanda Ávila González
Representante Legal



VERIFICAR CERTIFICADO

Cra 48 # 758 4ta Etapa la Esperanza - 314 335 6869 - 320 962 1713
email: contacto@institutometropolitanodelmeta.com - www.institutometropolitanodelmeta.com

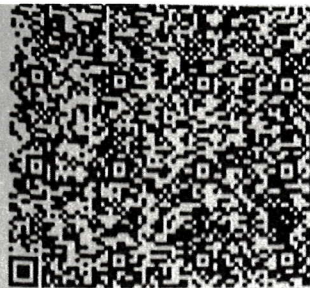
SOAT

POLIZA 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
AÑO MES DÍA
2023 11 18



seguros mundial
tu compañía siempre

Nº DE PÓLIZA: **84336034 - 600005751**

PLACA Nº: **SWL518**

CLASE DE VEHÍCULO: **CARGA O MIXTOS**

SERVICIO: **PUBLICO**

CILINDRAGE/VATIOS: **3856**

MODELO: **2007**

PASAJEROS: **2**

MARCA: **JAC**

LÍNEA VEHÍCULO: **HFC1061K**

CARROCERÍA: **FURGON**

Nº MOTOR: **CY4102BZLQ06112663**

Nº CHASIS o Nº SERIE: **LJ11KDBC871000423**

Nº VIN: **NA**

CAPACIDAD TON: **3,00**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: **JHON HENRRY MENDEZ AVILA**

TÉLEFONO 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**

CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA: **601**

CLAVE PRODUCTO: **13158**

Nº FORMULARIO: **84336034**

CIUDAD EXPEDICIÓN: **11001**

TARIFA: **31**

PRIMA SOAT: **\$ 480.600**

CONTRIBUCIÓN FOSYGA: **\$ 249.900**

TASA RUNT: **\$ 2.100**

TOTAL A PAGAR: **\$ 732.600**

AMPAROS POR VICTIMA

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS: **800**

B. INCAPACIDAD PERMANENTE: **180**

C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: **750**

D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS: **10**

HASTA: **800**

SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES

FIRMA AUTORIZADA

[Firma manuscrita]

¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?

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

Antes de tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Llevar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento para validar que su póliza está registrada en el RUNT.

2. En el momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la pérdida del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de salud del accidente.

3. Tener SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

En caso de sufrir un accidente de tránsito, 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.

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 terceros.

Extensión de la vigencia por duplicidad de amparos

En caso de duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se extiende a la forma que indica vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra en el RUNT.

Habeas data

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, lo 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/seguro. La Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y la que tiene para ejercerlos. Recuerde que no está en obligación de compartir sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

AMPLIAMOS NUESTROS BENEFICIOS!

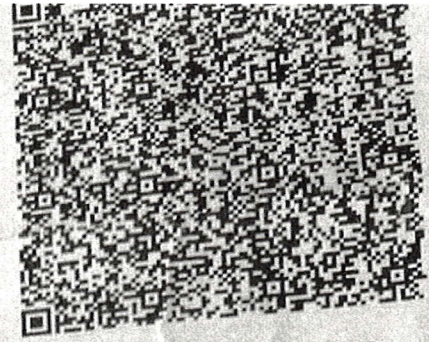
Con la compra y/o renovación de tu SOAT eres parte del Club Tu Beneficio, donde obtendrás descuentos y promociones de manera conjunta en establecimientos de comercio a nivel nacional. registro.tubeneficio.com

Solo tienes que registrarte y en el enlace recibirás un correo de bienvenida y haz click en el botón www.tubeneficio.com para acceder.



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. 164800799

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA CARMOTOS MIX

NIT: 901443044

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 varios 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, equivoca 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 apreciaciones 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			

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DO

1. Cumple 2. No Cumple 3. No Aplica

Hoja 1/2

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

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**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 Velandía</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, Imprenta, Distrito, 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


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Subred: Su accidente Este Número de Inscripción: 1
Unidad de Servicios de Salud: Fontibon Número de Carpeta: 1

1. IDENTIFICACIÓN DEL VEHICULO

1.1 Línea de Intervención:
1.2 Actividad: Vehículo Transportador de Alimentos
1.3 Dirección donde se realiza la inspección: Cia 106 # 154 - 03
1.5 Localidad: Fontibon 1.6 UPZ: Zona Franca
1.7 Barrio: Campestru
1.8 Nombre del propietario del vehículo: John Henry Mendez A. 1.9 Teléfono: 312 510 5390
1.10 Tipo de documento: C.C ☒ C.E ☐ NIT ☐ 1.13 Número: 74 138 900 1.11 Email: dange.25@hotmail.es
1.12 Dirección de Notificación: Calle 145 # 116-70
1.13 Nombre del conductor: Juan Felipe Mendez Garcia. 1.14 Teléfono: 312 510 5390
1.15 Tipo de documento: C.C ☒ C.E ☐ 1.16 Número: 1016 059 245
1.17 Nombre del propietario del producto: 1.18 Teléfono:
1.19 Tipo de documento: C.C ☐ C.E ☐ NIT ☐ 1.22 Número: 1.20 Email:
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: 2007 1.24 Marca: JAC 1.25 Color: Blanco 1.26 Placa: SWL 518
1.27 Sistema de refrigeración: SI ☐ NO ☒
1.28 Horario y día de funcionamiento: Domingo a domingo 1.29 Número de trabajadores: 2
1.30 Tipo de alimento que transporta: Alimento varios e insumos alimenticios.
1.31 Tipo de materias primas que transporta:

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DIA	MES	AÑO	Favorable	% De cumplimiento de la ultima inspección	%
				<input checked="" type="checkbox"/>		
				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. 365, 367, 368, 369 y 373. Decreto 616 de 2008 Art. 57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013 Art. 29. Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)	12			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.)	12			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.)	12			C
3.2 Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	12			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.)	12			C

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital CDI

Hoja 2/4

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.)	0	0	0	Se evidencia certificado de manipulación de alimentos con fecha del 03 de abril de 2023
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				C

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.)	05	0	0	Se evidencia certificado de fumigación del vehículo con fecha del 03 de abril de 2023
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				C

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	0	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	0	0	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				

La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

Hoja 3/4

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 procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
96%	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	
Número del acta de toma de muestras	

IV. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO	
Se debe ajustar el establecimiento ala 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 03 del mes de abril del año 2023 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: Alexandra Velandia	Nombre:		
Tipo de documento: CC	Tipo de documento:		
Número de documento: 1015405546	Número de documento:		
Cargo: TSA	Cargo:		
Firma: [Firma]	Firma:		

PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA		TESTIGO	
Nombre: Juan Felipe Mendez García.	Nombre:		
Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	Tipo de documento:		
Número de documento: 1016059245	Número de documento:		
Cargo: Representante legal: <input type="checkbox"/> Propietario: <input type="checkbox"/> Encargado: <input checked="" type="checkbox"/>	Cargo:		
Firma: Juan Mendez	Firma:		

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DD

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

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 1.016.059.245



Nit N901580436DEP

Afiliado

Empresa LOGIS EMPRESARIAL M Y
G SAS