

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.930.399**
CASTRO GIRALDO

APELLIDOS
DIEGO FERNANDO

NOMBRES

Diego Diego

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-ENE-1987**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

17-ENE-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



A-1500150-00310777-M-1022930399-20110628

0027309080A1

1461388030

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10024786517

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
WCK664	HAFEI	JUNYI CARGO	2013
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
1.299	BLANCO	PÚBLICO	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROZERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	PANEL	GASOLINA	560
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	REG
DAM13R-129001613-HU1	N	LKHGP1AL8DAN00254	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
LKHGP1AL8DAN00254	N	LKHGP1AL8DAN00254	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)		IDENTIFICACIÓN	
PEÑA QUINTERO KATERIN YULIET		C.C. 1024531563	

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE POTENCIA HP
***** **100**

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

882013000024215

I/E FECHA IMPORT. PUERTAS
| **26/02/2013** **5**

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA FECHA EXP. LIC. TTO. FECHA VENCIMIENTO
23/04/2013 **15/12/2021** *****

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTÁ D.C.

VALID 142451 09/20



1304224192

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.531.563

PEÑA QUINTERO

APPELLIDOS

KATERIN YULIET

NOMBRES

Katerin Yuliet Peña Quintero

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1992

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

09-AGO-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00282924-F-1024531563-20110303

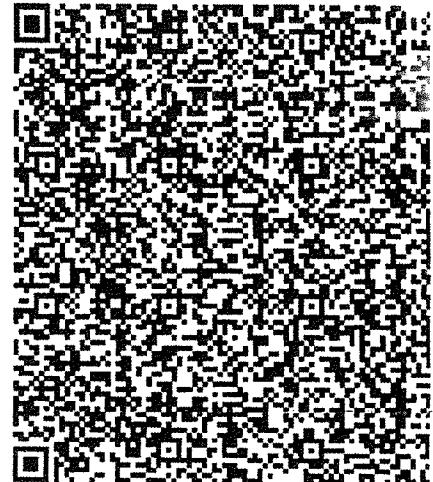
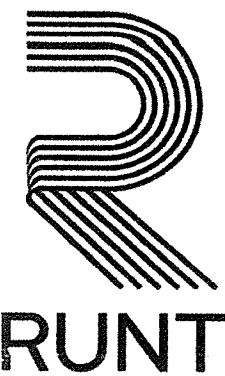
0025997666A.2

1461197854



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

Libertad y Orden



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES
No. 166249144

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA CEDIPLUS SOACHA

NIT: 901114227

No. de Certificado de
Acreditación: 19-OIN-022-001

Fecha de expedición: 2023/06/03

Fecha de vencimiento: 2024/06/03

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	WCK664	CLASE:	CAMIONETA
MARCA:	HAFEI	MODELO:	2013
SERVICIO:	Público	COMBUSTIBLE:	GASOLINA
CILINDRAJE:	1299	NRO. MOTOR:	DAM13R-129001613-HU1
NRO. CHASIS:	LKHGP1AL8DAN00254	VIN:	LKHGP1AL8DAN00254
LÍNEA:	JUNYI CARGO HFJ6400A4C		
COLOR:	BLANCO		
NOMBRE PROPIETARIO:	KATERIN Y. PEÑA Q.		

FIRMA DEL RESPONSABLE

JUAN MAURICIO BETANCOURT ALONSO

SOAT

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2023-05-04 VIGENCIA DESDE: 2023-05-05 HASTA: 2024-05-04
LUGAR: HORAS DEL: HORAS DEL: 120,2358 00,00



PREVIS

PL. DE POLÍCIA:	PLACA N.º:	CLASE VEHÍCULO:	SERVICIO:	CLAVE RÁJAVATRÍOS:
3308005410108000	WCK664	CAMPEROS O CAMIONE ⁺	PÚBLICO	1299
pasajeros	marca	HAFEI	CARROZERIA:	
2	LINIA VEHICULO	JUNYI CARGO HFJ6400A4C	PANEL	
Nº. RUTON:		PL. CHASIS & N.º SERIE:	Nº. RUTON:	
DAM13R129001613HU1		LKHGP1AL8DAN00254	LKHGP1AL8DAN00254	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TORNADOR:		TELÉFONO DEL TORNADOR:	TIPO DE DOCUMENTO DEL TORNADOR:	PLAZO DE EXPEDICIÓN:
PEÑA QUINTERO, KATERIN YULIET		3208410875	CC	1024531563 BOGOT/
CÓDIGO DE AFILIACIÓN:		CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA:	CLAVE PRODUCTOR:	N.º FOLIO/LUJO:
AT1324		33	13602	0
TARIFA:		PREMIS SOAT:	CONTROBÉN FORTA:	HASTA:
212		\$ 576200	\$ 289600	263,13 ¹ UNIE
TOTAL A PAGAR:				701,68 ² VALI
		\$ 877900		8,77 TRIE
				180 SAL
				750 MÍNI
				LEG
				DIAF
				VIGE

FIRMA AUTORIZADA:

Katerin Quintero

¹Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920.

Decreto 2644 de 2022.

²Para las demás tarifas no citadas en (1).

RECUEDE QUE:

• Es obligatorio portar la póliza de SOAT sin importar el modo de entrega escogido ante La Previsora S.A.

• La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento. Usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en caso de seguridad; impresión física en caso de seguridad; impresión física con código QR, en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar del correo electrónico y/o el mensaje de texto con el link de consulta, enviado por La S.A.

• En caso de tener inquietudes sobre el protocolo, marque el teléfono móvil al 2345, para recibir la asistencia necesaria.

Se debe imprimir la póliza, que se envía a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil, esto con el fin de evitar inconveniente autoridad de tránsito.

Señor usuario tenga en cuenta los 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 RUTN.

• Esté alerta al momento en que deba renover 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 lo sostenido de las víctimas del accidente.

• Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

• Si algunas resulta herida, 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 los victimas.

• Tenga prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender victimas de accidentes de tránsito (artículo 155 Decreto Ley 893 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

• Para los gastos médicos, el usuario ante la aseguradora o el Fondo lo debe realizar la imbutida y notificada de servicios de salud.

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

Cláusula de Consideración de Póliza:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUTN, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A. modificará la vigencia en su fecha de veda, teniendo como referencia la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.

Habla de:

Deseo que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he a LA PREVISORA S.A. Compaglia de seguros, para que consulte, admire, transferir la información personal suministrada durante el plazo de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados o para registrarse en sus bases de datos. Informarlos por medios electrónicos, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o

aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la modificación, o anulación de (s) pólizas) que he adquirido, todo lo relacionado con el contrato, para estudios académicos internos de la compañía de gestión, campañas de mercadeo y/o conversaciones con la(s) que adquirió en el caso de la póliza de seguros que maneja LA PREVISORA. Considerar información disponible en todos los medios de difusión que haya llegado a los asegurados y se les organiza para el futuro, novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que presenta contrato, el cual conozca y deje acuerdos en todas sus partes.

Deseo que se me ha informado que, como titular de información tengo derecho, actualizar y modificar mis datos personales, solicitar prueba de a que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se le da a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracciones a la ley, revocar la a y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podrá ejercitarse en la 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555, y que información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la trámite de información en la página de internet www.previsora.gov.co

Bogotá D.C., septiembre 07 de 2023

SEÑORES:

Inversiones DULCENET S.A.S

Nit: 900207176-2

REF: AUTORIZACIÓN

Yo KATERIN YULIET PEÑA QUINTERO identificada con cedula de ciudadanía número 1.024.531.563 de Bogotá D.C., AUTORIZO al señor DIEGO FERNANDO CASTRO GIRALDO identificado con cedula de ciudadanía número 1.022.930.399 de Bogotá D.C. Para revisar, solicitar, radicar, notificarse, renunciar a términos, recibir copias de los actos administrativos correspondientes, recibir pagos por los servicios prestados según la actividad, diligenciar formularios, solicitudes y para realizar todas las gestiones y diligencias necesarias para la cumplida ejecución de la presente Autorización ante su entidad del vehículo identificado a continuación:

PLACA DEL VEHÍCULO: WCK664 ESTADO DEL VEHÍCULO: ACTIVO

TIPO DE SERVICIO: Público CLASE DE VEHÍCULO: CAMIONETA

Información general del vehículo

MARCA: HAFEI LÍNEA: JUNYI CARGO HFJ6400A4C MODELO: 2013

COLOR: BLANCO

NÚMERO DE SERIE: LKHGP1AL8DAN00254

NÚMERO DE MOTOR: DAM13R-129001613-HU1

NÚMERO DE CHASIS: LKHGP1AL8DAN00254

NÚMERO DE VIN: LKHGP1AL8DAN00254

CILINDRAJE: 1299

TIPO DE CARROCERÍA: PANEL

TIPO COMBUSTIBLE: GASOLINA

AUTORIZA:

Katerin Yuliet Peña Q.
KATERIN YULIET PEÑA QUINTERO
C.C. 1.024.531.563 de Bogotá D.C.

A:

Castro Diego
DIEGO FERNANDO CASTRO GIRALDO
C.C 1.022.930.399 de Bogotá D.C.

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
LA NOTARIA OCHENTA Y UNA
DEL CÍRCULO NOTARIAL DE BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
CERTIFICA:

Que PEÑA QUINTERO KATERIN YULIET
quien se identificó con C.C. 1024531563

manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya. El compraceliante solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.

En Bogotá D.C., el dia 2023-09-07 09:43:35

x Katerin Yuliet Peña Q.
El Compareciente

MARÍA DEL PILAR VÉREZ MÓNICA
NOTARIA 81 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

81
Notaria





REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Liberad y Orden

No. 1022930399

NOMBRE

DIEGO FERNANDO CASTRO GIRALDO

FECHA DE NACIMIENTO

16-01-1987

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

12-03-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



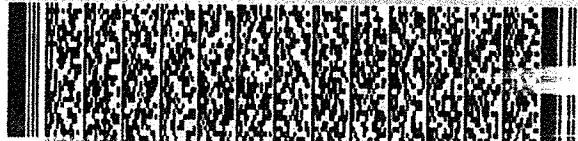
ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTÁ D.C.

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	10-01-2024	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, QUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	12-03-2032	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	12-03-2025	PÚBLICO



VALID 142452 09/20



LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

1005002568867

SIEMPRE
AL DIA!®HOJA DE VIDA CURRICULUM
VITAE

PARA SOLICITUD DE EMPLEO - PERSONAL CALIFICADO

ESCRIBA A MAQUINA O EN LETRA DE IMPRENTA. ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR EL ASPIRANTE, QUE DEBE RESPONDER VERAZMENTE TODAS LAS PREGUNTAS Y FIRMAR LA CERTIFICACION QUE APARECE EN LA 4a. PAGINA.

I. INFORMACION PERSONAL

FECHA	EMPLEO O CARGO SOLICITADO	NOMBRE COMPLETO DEL ASPIRANTE	
		Diego fernando Castro G.	
DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO	
Cr. 47 # 72-22-8.	Bogotá	3182512505	
LUKER DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	No. DE HIJOS
Sta fe de Bogotá	16 01 07	36 años	1
ESTADO CIVIL	SOLTERO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>	DIGA SU PROFESION U OFICIO	
CASADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	Conductor	
ESTATURA	PESO	¿USA ANTEOJOS ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	ESPECIALIDAD Conducción
			ANOS DE PRACTICA 10
¿ESTA TRABAJANDO ACTUALMENTE ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿EN QUE EMPRESA, ENTIDAD O POR SU CUENTA ?		TIPO DE CONTRATO
¿TIENE ALGUNA RENTA DE CAPITAL ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	DESCRIBALA Y ANOTE SU VALOR MENSUAL		
¿CUANTO VALE SU PATRIMONIO Y EN QUE ESTA REPRESENTADO ? \$			
¿VIVE EN CASA PROPIA ? <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL ARRENDADOR Maria del Carmen Gómez		TELEFONO 31420669-23
ALQUILADA ? <input checked="" type="checkbox"/>			
¿CUANTO SUMAN SUS DEUDAS ACTUALES Y POR QUE CONCEPTO ? \$			
¿TRABAJO ANTES EN ESTA EMPRESA ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿SOLICITO EMPLEO ANTES EN ESTA EMPRESA ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿QUIEN LE SUGIRIO SOLICITAR EMPLEO EN ESTA EMPRESA ? AGENCIA <input type="checkbox"/> RECOMENDACION <input type="checkbox"/> ANUNCIO <input checked="" type="checkbox"/> SOLICITUD DIRECTA <input type="checkbox"/>	¿LO RECOMIENDA ALGUIEN QUE TRABAJA EN ESTA EMPRESA ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿CUANDO ?			
NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO RECOMIENDA		DIVISION / DEPTO. / SECCION	SI TIENE PARIENTES EN ESTA EMPRESA, MENCIONELOS.
¿ACEPTARIA TRABAJAR EN UN LUGAR DISTINTO AL INICIALMENTE CONTRATADO ? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿DONDE HA VIVIDO LA MAYOR PARTE DE SU VIDA ? Bogotá	FECHA EN QUE PODRIA INICIAR LABORES Inmediato
¿QUE ZONAS DEL PAIS CONOCE ?		¿DEL EXTERIOR ?	
¿PERTENECE A CLUBES SOCIALES O DEPORTIVOS ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿CUALES ?		¿CUAL ES SU AFICION PRINCIPAL ?	
¿FUMA ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿HA ELABORADO ESCRITOS ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ENUNCIELOS			
CEDULA DE CIUDADANIA No. 1022930399		CERTIFICADO JUDICIAL No.	PASAPORTE No.
EXTRANJERIA No.		Carné DE VENDEDOR No.	Carné DE SEGURO SOCIAL No.
MILITAR No. 1022930399		LICENCIA DE CONDUCCION No. 1022930399	
EXPEDIDA EN: Bogotá		LIBRETA MILITAR No. 1022930399 DISTRITO No.	
PRIMERA CLASE <input checked="" type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		¿TIENE CARRO U OTRO VEHICULO ?	
¿ESTA AFILIADO ACTUALMENTE A UNA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS) ? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿ESTA AFILIADO ACTUALMENTE A UN FONDO DE CESANTIAS ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿CUAL ?		¿ESTA AFILIADO ACTUALMENTE A UN FONDO DE PENSIONES ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
		¿CUAL ?	

7
1022407813

IV - HISTORIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS CUATRO EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI EN ALGUNA EPOCA NO HA TRABAJADO, INCLUYALO EN "OBSERVACIONES" (PAGINA 4.) SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL.

NOMBRE DE LA ULTIMA O ACTUAL EMPRESA dulcenceth.		DIRECCION Alqueria.	TELEFONO 3124591735
NOMBRE Y CARGO DE SU JEFE INMEDIATO Jorge - Panche. jefe.		CARGO DESEMPEÑADO POR USTED Conductor TAT.	
FUNCIONES REALIZADAS Conducir - Entregar pedidos.			
FECHA DE INGRESO 25 de Junio	FECHA DE RETIRO Septiembre	TOTAL TIEMPO SERVIDO 3 meses	SUELDO INICIAL \$ Basico.
SUELDO FINAL O ACTUAL \$ Basico.			
MOTIVO DEL RETIRO voluntario			
VERIFICACION (ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ENTREVISTADOR)			

NOMBRE DE LA EMPRESA Scoot-poo		DIRECCION A bastos.	TELEFONO 3103594857
NOMBRE Y CARGO DE SU JEFE INMEDIATO Susana jefe		CARGO DESEMPEÑADO POR USTED Conducir - entregar productos	
FUNCIONES REALIZADAS Conducir - entregar pedidos. - o productos			
FECHA DE INGRESO 20-11-2021	FECHA DE RETIRO 28 09 2022	TOTAL TIEMPO SERVIDO 10 meses.	SUELDO INICIAL \$ Basico
SUELDO FINAL \$ Basico			
MOTIVO DEL RETIRO Voluntario			
VERIFICACION (ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ENTREVISTADOR)			

NOMBRE DE LA EMPRESA Beta Logistica		DIRECCION Cll. 163 #15-28	TELEFONO 3137223302
NOMBRE Y CARGO DE SU JEFE INMEDIATO Jujs Hernandez. jefe		CARGO DESEMPEÑADO POR USTED Conductor Auxiliar.	
FUNCIONES REALIZADAS mantenimiento de redes. de fibra optica.			
FECHA DE INGRESO 18-05-2021	FECHA DE RETIRO 22 08 -2021	TOTAL TIEMPO SERVIDO 3 meses	SUELDO INICIAL \$ Basico
SUELDO FINAL \$ Basico			
MOTIVO DEL RETIRO Voluntario			
VERIFICACION (ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ENTREVISTADOR)			

NOMBRE DE LA EMPRESA Insico.		DIRECCION Drag 47 #154-21 sur.	TELEFONO 3185224766
NOMBRE Y CARGO DE SU JEFE INMEDIATO Silvia Ibanez jefe.		CARGO DESEMPEÑADO POR USTED Conducion.	
FUNCIONES REALIZADAS auxiliar de mantenimiento			
FECHA DE INGRESO 3-01-2019	FECHA DE RETIRO 20-03/2021	TOTAL TIEMPO SERVIDO 23 meses	SUELDO INICIAL \$ minimo
SUELDO FINAL \$ minimo			
MOTIVO DEL RETIRO Voluntario			
VERIFICACION (ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ENTREVISTADOR)			

Subred: <i>Almacenes y Transportes</i>	Número de Inscripción: _____
Unidad de Servicios de Salud: <i>Centro</i>	Número de Carpeta: _____
1. IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO	
1.1 Línea del inventario: <i>Almacenes y Transportes</i>	1.2 Actividad: Vehículo Transportador de Alimentos
1.3 Dirección donde se realiza la inspección: <i>Calle 120 con 90</i>	1.4 Localidad: <i>Chapinero</i>
1.5 Localidad: <i>Chapinero</i>	1.6 UPZ
1.7 Barrio: <i>Chapinero Alto</i>	1.8 Nombre del propietario del vehículo: <i>Alvaro Fernando Gómez</i>
1.9 Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> 1.13 Número: <i>1022458170</i>	1.10 Teléfono: <i>310 75 00 000</i>
1.12 Dirección de Notificación: <i>Calle 120 con 90</i>	1.14 Teléfono: <i>310 75 00 000</i>
1.13 Nombre del Conductor: <i>Alvaro Fernando Gómez</i>	1.15 Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> 1.16 Número: <i>10 22930377</i>
1.17 Nombre del propietario del producto: <i>Alvaro Fernando Gómez</i>	1.18 Teléfono: <i>310 75 00 000</i>
1.19 Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> 1.22 Número: <i>1022458170</i>	1.20 Email: <i>alvarofernandogomez1234567890@gmail.com</i>
1.21 Tipo de vehículo: Camión <input type="checkbox"/> Camioneta <input checked="" type="checkbox"/> Tracto-camión <input type="checkbox"/> Remolque <input type="checkbox"/> Trailer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 1.24 Marca: <i>DAF</i>	1.25 Color: <i>Blanco</i>
1.22 Tipo de carrocería: Cabinado <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Furgón <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Botellero <input type="checkbox"/> SRS <input type="checkbox"/> Tanque <input type="checkbox"/> Otra <input checked="" type="checkbox"/> 1.26 Placa: <i>UK 8604</i>	1.27 Sistema de refrigeración: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
1.28 Horario y día de funcionamiento: <i>Lunes a viernes de 8:00 a 18:00</i>	1.29 Número de trabajadores: <i>02</i>
1.30 Tipo de alimento que transporta: <i>Alimentos y materias primas para la elaboración de bebidas</i>	1.31 Tipo de materias primas que transporta: <i>Alimentos y materias primas para la elaboración de bebidas</i>

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	Día	Mes	Año	Favorable	% De cumplimiento de la última inspección	%
				Favorable con requerimientos		
				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: Especifique:

EVALUACIÓN		CALIFICACIÓN
Aceptable	A	Marque con una 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 la parcialmente de 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 cuando la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y debo 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			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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			
3.2 Reconocimiento médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36, Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	4			
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			

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

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			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				
La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta				

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			
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			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				
La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta				

II. CONCEPTO SANITARIO			
% De cumplimiento	Concepto	Nivel de cumplimiento	Observación
<i>95%</i>	Favorable	90 – 100%	
	Favorable con requerimientos	60 – 89,9%	
	Desfavorable	<59,9%	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.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO	
Número total de muestras tomadas	<i>10</i>
Número del acta de toma de muestras	<i>AS11C 007869</i>

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS	
Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente a cta.	

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD	
Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Clausura temporal total <input checked="" type="checkbox"/>	Suspensión total de trabajos o servicios <input checked="" 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 autoridad sanitaria:	<i>Se observó que el establecimiento cumple con los requisitos sanitarios establecidos en la normatividad vigente.</i>
Por parte del establecimiento:	<i>Se agradeció la visita y se comprometió a cumplir con las medidas sanitarias establecidas.</i>

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 <i>15</i> del mes de <i>Agosto</i> del año <i>2023</i> 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: <i>Edgar Valencia</i>	Nombre: <i></i>
Tipo de documento: <i>C.C.</i>	Tipo de documento: <i></i>
Número de documento: <i>100000000000000000</i>	Número de documento: <i></i>
Cargo: <i>Funcionario de Salud</i>	Cargo: <i></i>
Firma: <i></i>	Firma: <i></i>
PERSONAS QUE ATIENDEN LA VISITA	TESTIGO
Nombre: <i>Edgar Valencia</i>	Nombre: <i></i>
Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> <i>100000000000000000</i>	Tipo de documento: <i></i>
Número de documento: <i>100000000000000000</i>	Número de documento: <i></i>
Cargo: Representante legal <input type="checkbox"/> Propietario <input checked="" type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/>	Firma: <i></i>
Firma: <i></i>	



CCI&A

Asesoria - Ingeniería

Aseg. de la calidad (BPM – HACCP)
Programa de saneamiento básico
Laboratorio de análisis de alimentos
Curso en manipulación de alimentos
Registros y trámites

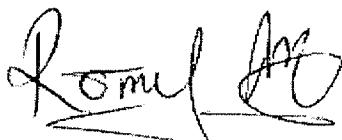
**INFORME DE CAPACITACION
EN MANEJO HIGIENICO DE ALIMENTOS**

Con la presente certifico que el señor **DIEGO FERNANDO CASTRO GIRALDO** Con identificación número N° CC 1022930399, Asistió al curso de capacitación de alimentos los días 24 Y 25 de *Mazo de 2023*; durante 10 horas, y se trataron los siguientes temas:

- Higiene alimentaria.
- Contaminación de los alimentos.
- Enfermedades de transmisión alimentaria.
- Conservación y almacenamiento de los **alimentos**.
- Limpieza e higiene.
- Sistema de autocontrol APPCC y normativa.
- Ley de Información Alimentaria (Alérgenos)

La presente certificación se expide en Bogotá el 25 de Marzo de 2023.

Atentamente,



ROSMERY CHIVIRIS
ING, DE ALIMENTOS

**CAPACITADO EN MANEJO HIGIENICO DE
ALIMENTOS**

NOMBRES: DIEGO FERNANDO

Aseg. de la calidad (BPM –
HACCP)
Programa de saneamiento

APELLIDOS: CASTRO GIRALDO

CC 1022930399

ROSMERY CHIVIRIS.



10 HORAS

CONTACTENOS: 3108128673



ING. DE ALIMENTOS
Autoriza Hospital de Chapinero
VENCE: **25/03/2024**

ESTE CARNET ES PERSONAL E
INTRANSFERIBLE Y ACREDITA AL PORTADOR
COMO PERSONA APTA PARA EJERCER SU
ACTIVIDAD COMO MANIPULADOR(A) DE
ALIMENTOS.



Asesoria - Ingenieria

Aseg. de la calidad (BPM – HACCP)
Programa de saneamiento básico
Laboratorio de análisis de alimentos
Curso en manipulación de alimentos
Registros y trámites


ROSMERY CHIVIRIS.

ING. DE ALIMENTOS
Autoriza Hospital de Chapinero