


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.930.399**
CASTRO GIRALDO

APELLIDOS
DIEGO FERNANDO

NOMBRES
Diego

FIRMA
Diego



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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00310777-M-1022930399-20110628 0027309080A 1 1461389030



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10024786517

PLACA
WCK664

MARCA
HAFEI

LÍNEA
JUNYI CARGO

MODELO
2013

CILINDRADA CC
1.299

COLOR
BLANCO

SERVICIO
PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO
CAMIONETA

TIPO CARROCERÍA
PANEL

COMBUSTIBLE
GASOLINA

CAPACIDAD Kg/PSJ
560

NÚMERO DE MOTOR
DAM13R-129001613-HU1

REG VIN
N LKHGP1AL8DAN00254

NÚMERO DE SERIE
LKHGP1AL8DAN00254

REG NÚMERO DE CHASIS
N LKHGP1AL8DAN00254

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
PEÑA QUINTERO KATERIN YULIET

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1024531563

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP
100

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
882013000024215

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

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

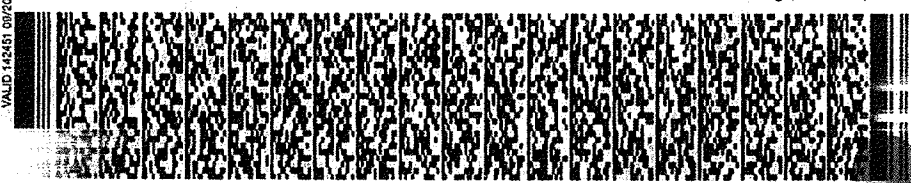
FECHA MATRÍCULA
23/04/2013

FECHA EXP. LIC. TTO.
15/12/2021

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTÁ D.C.



304224192

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.531.563

PEÑA QUINTERO

APELLIDOS

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

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



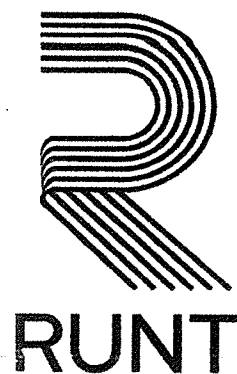
A-1500150-00282924-F-1024531563-20110303

0025997666A 2

1461197854



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



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 EXPIRACIÓN: 2023-05-04
VIGENCIA: 2023-05-05
HASTA: 2024-05-04



Nº DE PÓLIZA:	PLACA Nº:	CLASE VEHÍCULO:	SERVICIO:	CELEBRANTES:
3308005410108000	WCK664	CAMPEROS O CAMIONE*	PUBLICO	1299
PAPAJEROS:	MARCA:	CARRROCERIA:		
2	HAFEI	PANEL		
LÍNEA VEHÍCULO:	JUNYI CARGO HFJ6400A4C			
Nº MOTOR:	Nº CHASIS ó No. SERIE:	Nº VIN:		
DAM13R129001613HU1	LKHGP1AL8DAN00254	LKHGP1AL8DAN00254		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR:		TELÉFONO DEL TOMADOR:	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR:	Nº DE DOCUMENTO DEL TOMADOR:
PENA QUINTERO, KATERIN YULIET		3208410875	CC	1024531563
CIUDAD RECES:		BOGOTÁ		
CÓDIGO DE ASEGURADORA:	CÓDIGO SUBCATEGORÍA:	CLAVE PRODUCTOR:	Nº FORMULARIO:	CIUDAD EXPEDICIÓN:
AT1324	33	13602	0	BOGOTÁ D.C.
TARIFA:	PIEZA SOAT:	CONTRIBUCIÓN FOSVIA:	TASA RUM:	ASIGNADOS POR VICTIMA:
212	\$ 576200	\$ 299600	\$ 2100	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS:
TOTAL A PAGAR:				263,13 ¹
				701,68 ²
				8,77
				180
				750

PRIMA AUTORIZADA

¹Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 810, 820.
Decreto 2644 de 2022.

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

RECUERDE QUE:

• Es obligatorio portar la póliza de SOAT sin importar el medio 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 papel de seguridad; impresión física como también carta 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 fin de consultarla, enviada por La S.A.

• En caso de tener inquietudes sobre el proceso, marque desde su teléfono móvil al #345, para recibir la asesoría 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 inconvenientes en la autoridad de tránsito.

Señor usuario tenga en cuenta los siguientes recomendaciones:

• Mantenga 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.

• Está alerta al momento en que debe 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 alguna resulte 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 las víctimas.

• Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 155 Decreto Ley 693 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

• Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosvía no debe realizar la inscripción por el proveedor de servicios de salud.

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

Cláusula de Cooperación de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 029 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 RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A. modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente 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.

He leído y:

Declaro que de buena fe, al momento de la emisión de esta póliza, he a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados o para registrarla en sus bases de datos, informarme por medios electrónicos, telefónicos, envío de mensajes de texto y/o aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de gestionar campañas de marketing y/o comerciales relacionados con la(s) que adquirí, así como de otros riesgos de seguros que maneja LA PREVISORA S.A. envío información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente he otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro que se me ha informado que, como titular de información tengo acceso, actualizar y recibir mis datos personales, solicitar copia de a que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se le da a mis datos, presentar quejas ante la SIC por infracción 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 ejercerlos en la S.A. en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487355, y que información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la F Tratamiento 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 compareciente 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 día 2023-09-07 09:43:35	
 El Compareciente	 MARÍA DEL PILAR VERES MUNCADA NOTARIA 81 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ
 Cod. jmt97  103-c7a05e86	

NOTARIA 81 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ
LA AUTENTACIÓN DE ESTE DOCUMENTO
SOLICITÓ EL PRESENTE

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad 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, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	12-03-2032	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	12-03-2025	PUBLICO



VALID 142452 03/20



LA 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	
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
Sta fe de Bogotá		16 01 07		36 años	
ESTADO CIVIL		DIGA SU PROFESION U OFICIO		No. DE HIJOS	
SOLTERO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>		Conductor		1	
ESTATURA		PESO		¿USA ANTEOJOS?	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
				Especialidad	
				Conduccion	
				AÑOS DE PRACTICA	
				10	
FOTO RECIENTE TAMAÑO 3 X 4 cms.					
¿ESTÁ 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?					
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
NOMBRE DEL ARRENDADOR					
Mario del Carmen Giraldo					
TELEFONO					
31420668-23.					
¿CUANTO SUMAN SUS DEUDAS ACTUALES Y POR QUE CONCEPTO?					
\$					
¿CUANTO VALE SU PRESUPUESTO MENSUAL DE GASTOS?					
\$					
SUELDO QUE DESEA					
\$					
¿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"/>					
¿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"/>					
¿LO RECOMIENDA ALGUIEN QUE TRABAJA EN ESTA EMPRESA?					
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
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?					
¿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		CERTIFICADO JUDICIAL No.		PASAPORTE No.		TARJETA PROFESIONAL No.	
CIUDADANIA No.		1022930399					
EXTRANJERIA No.				Carné DE VENDEDOR No.		Carné DE SEGURO SOCIAL No.	
MILITAR No.		1022930399		LIBRETA MILITAR No.		1022930399	
EXPEDIDA EN:		Bogotá		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?				¿CUAL?		¿CUAL?	

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. Gefe.		CARGO DESEMPEÑADO POR USTED Conductor TAT.		
FUNCIONES REALIZADAS Conducir y 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 Scool-pro.		DIRECCION Abastos.		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 Cl. 163 # 15-28		TELEFONO 3137223302
NOMBRE Y CARGO DE SU JEFE INMEDIATO Juís Hernandez. Gefe		CARGO DESEMPEÑADO POR USTED Conductor Auxiliar.		
FUNCIONES REALIZADAS mantenimiento de redes de fibra optica.				
FECHA DE INGRESO 15-05-2021	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 Diag 47 # 54-21 sur.		TELEFONO 3185229766
NOMBRE Y CARGO DE SU JEFE INMEDIATO Silvia Ibañez jefe.		CARGO DESEMPEÑADO POR USTED Conduccion.		
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: San Occidente 188 Número de Inscripción: _____
Unidad de Servicios de Salud: Fontón Número de Carpeta: _____

1. IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

1.1 Línea del inventario: Alimentos Sólidos y Líquidos
1.2 Actividad: Vehículo Transportador de Alimentos
1.3 Dirección donde se realiza la inspección: Cra 32 No. 12-81
1.5 Localidad: Neivón 1.6 UPZ: _____
1.7 Barrio: Compartado
1.8 Nombre del propietario del vehículo: Francisco Fontón Real 1.10 Teléfono: 305 11402
1.9 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐ NIT. ☐ 1.13 Número: 102458130 1.11 Email: _____
1.12 Dirección de Notificación: Cra 32 No. 12-81
1.13 Nombre del Conductor: Luis Fernando Castro 1.14 Teléfono: 305 11402
1.15 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐ 1.16 Número: 102293037
1.17 Nombre del propietario del producto: Long 1.18 Teléfono: _____
1.19 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☐ 1.22 Número: 102458130 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: Remol
1.23 Modelo: 2015 1.24 Marca: Hyundai 1.25 Color: Blanco 1.26 Placa: BOC 1664
1.27 Sistema de refrigeración: SI ☐ NO ☒
1.28 Horario y día de funcionamiento: Compartado 1.29 Número de trabajadores: 02
1.30 Tipo de alimento que transporta: Productos, Vegetales, Viveros, Procesados, Condimentos
1.31 Tipo de materias primas que transporta: Los vegetales

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

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

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: 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 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			
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)	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 3 PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
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

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			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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			
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

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.
94%	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	10
Número del acta de toma de muestras	10

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 <input type="checkbox"/> No <input 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 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 13 del mes de Agosto 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 cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.	
FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre: [Firma]	Nombre: [Firma]
Tipo de documento: [Firma]	Tipo de documento: [Firma]
Número de documento: [Firma]	Número de documento: [Firma]
Cargo: [Firma]	Cargo: [Firma]
Firma: [Firma]	Firma: [Firma]
PERSONAS QUE ATIENDEN LA VISITA	TESTIGO
Nombre: [Firma]	Nombre: [Firma]
Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>	Tipo de documento: [Firma]
Número de documento: [Firma]	Número de documento: [Firma]
Cargo: Representante legal <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/>	Firma: [Firma]
Firma: [Firma]	



Asesoría - 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**

APELLIDOS: **CASTRO GIRALDO**

CC **1022930399**

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

ROSMERY CHIVIRIS.

ING. DE ALIMENTOS

Autoriza Hospital de Chapinero

VENCE: **25/03/2024**

10 HORAS

CONTACTENOS: 3108128673



CCI&A

Asesoria - Ingeniería

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

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