

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

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00310777-M-1022930399-20110628

0027309080A1

1461388030



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 B+ F

ESTATURA G.S. RH 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

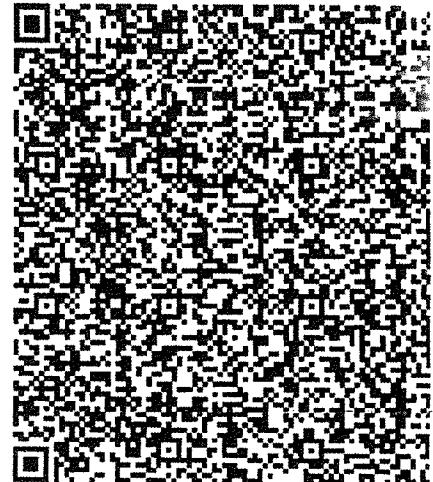
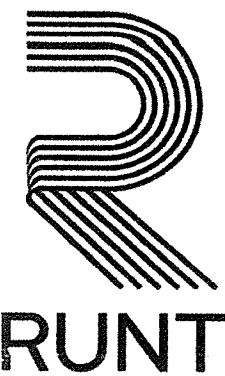
0025997666A.2

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

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



Cod. jmt97

103-c7a05e86



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	
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	No. DE HIJOS
Santa fe de Bogotá		16 01 07	36 años	1
ESTADO CIVIL		DIGA SU PROFESION U OFICIO		
SOLTERO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>		Conductor		
CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>				
ESTATURA	PESO	¿USA ANTEOJOS ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	ESPECIALIDAD	ANOS DE PRACTICA
			Conducción	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		TELEFONO	
ALQUILADA ? <input checked="" type="checkbox"/>	Maria del Carmen Gómez		31420669-23.	
¿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"/>		
¿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.		TARJETA PROFESIONAL No.
EXTRANJERIA No.		Carné DE VENDEDOR No.		Carné DE SEGURO SOCIAL No.
MILITAR No. 1022930399		LIBRETA MILITAR No. 1022930399		DISTRITO No.
EXPEDIDA EN: Bogotá		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"/>		¿ESTA AFILIADO ACTUALMENTE A UN FONDO DE PENSIONES ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿CUAL ?		¿CUAL ?		¿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 70 00 000</i>
1.12 Dirección de Notificación: <i>Calle 120 con 90</i>	1.14 Teléfono: <i>310 70 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 70 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 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, 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>47%</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 no cumple con los requisitos higiénicos sanitarios establecidos en la normatividad vigente. Se recomienda que el establecimiento realice las mejoras necesarias para cumplir con los requisitos higiénicos sanitarios y se proceda a la autorización de su funcionamiento.</i>
Por parte del establecimiento:	<i>Se observó que el establecimiento no cumple con los requisitos higiénicos sanitarios establecidos en la normatividad vigente. Se recomienda que el establecimiento realice las mejoras necesarias para cumplir con los requisitos higiénicos sanitarios y se proceda a la autorización de su funcionamiento.</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>EDILSON VARGAS</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>ATENCIÓN AL USUARIO</i>	Cargo: <i></i>
Firma: <i>EDILSON VARGAS</i>	Firma: <i></i>
PERSONAS QUE ATIENDEN LA VISITA	TESTIGO
Nombre: <i>EDILSON VARGAS</i>	Nombre: <i></i>
Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> NIT. <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 type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/>	Firma: <i></i>
Firma: <i>EDILSON VARGAS</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

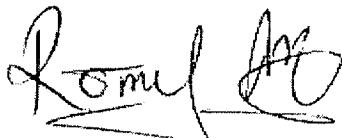
**INFORME DE CAPACITACION
EN MANEJO HIGIENICO DE ALIMENTOS**

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