

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10024987794

PLACA
TAM159

MARCA
FOTON

LÍNEA
BJ1043V8JE6-D

MODELO
2014

CILINDRADA CC
3.432

COLOR
BLANCO

SERVICIO
PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO
CAMION

TIPO CARROCERÍA
FURGON

COMBUSTIBLE
DIESEL

CAPACIDAD KgP&J
2650

NÚMERO DE MOTOR
B212033485

REG VIN
N LVBV8JE62EE001052

NÚMERO DE SERIE

REG NÚMERO DE CHASIS
N LVBV8JE62EE001052

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
FAJARDO GARCIA JAZMIN SOLAY

IDENTIFICACIÓN
C.C. 52209148

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP
110

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

352013000052735

IE FECHA IMPORT.
1 20/02/2013

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - FINANZAUTO S.A. BIC

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

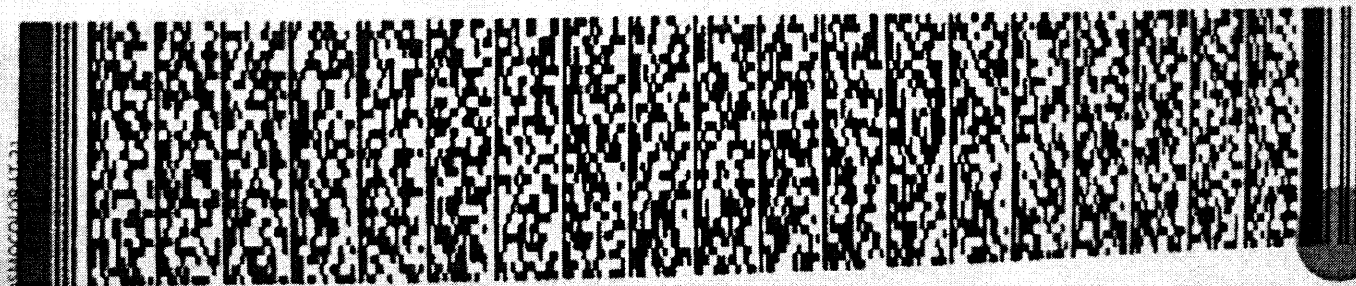
FECHA VENCIMIENTO

25/05/2013

07/01/2022

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA



LT07001263014

Bogotá D.C

Fecha: 17-11-2022

Señores: Mensajeros Urbanos.

Cordial saludo... Por medio de la presente carta de responsabilidad yo JAZMIN SOLAY FAJARDO GARCIA identificada con cédula de ciudadanía 52.209.148 Cuyo vehículo tengo afiliado con ustedes TAM 159 prestando el servicio de mensajería (Grupo aje) Autorizó a mi hijo HEYDER ANDRES ANGEL FAJARDO identificado con cédula de ciudadanía 1.023.031.114 para que actualice los datos registrados en el sistema de mensajeros urbanos a nombre de el... y realice las modificaciones que el considere pertinentes para continuar con el debido funcionamiento del vehículo registrado... gracias por la atencion prestada... Feliz día.

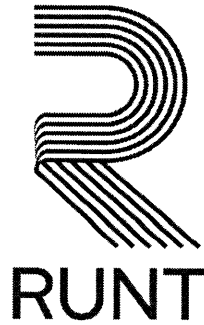
Jazmin Solay Fajardo Garcia
CC 52 209 148



Firma y huella



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



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICA MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 166610034

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA MI CARRERA EXPRESS

NIT: 900755392

No. de Certificado de
Acreditación: 16-OIN-038-001

Fecha de expedición: 2023/06/21

Fecha de vencimiento: 2024/06/21

DATOS VEHÍCULO

PLACA: TAM159

CLASE: CAMION

MARCA: FOTON

MODELO: 2014

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 3432

NRO. MOTOR: B212033485

NRO. CHASIS: LVBV8JE62EE001052

VIN: LVBV8JE62EE001052

LÍNEA: BJ1043V8JE6-D

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: JAZMIN S. FAJARDO G.

FIRMA DEL RESPONSABLE

CESAR AUGUSTO RIVERA GOMEZ



POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES/CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA DE EXPEDIC	VIGENCIA	HASTA
2023-06-23	DESDE LAS 00 HORAS DEL 2023-06-24	LAS 23:59 HORAS DEL 2024-06-23



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VA	MODELO
10884600077810	TAM159	CARGA O MIXTO	PUBLICO	3432	2014

PASAJER	MARCA	FOTON	CARROCERIA
2	LÍNEA VEHICUL	BJ1043V8JE6-D	FURGON

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD
B212033485	LVBV8JE62EE001052	LVBV8JE62EE001052	2.65

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
FAJARDO GARCIA, JAZMIN SOLAY	3208598707	CC	52209148	BOGOTA D.C

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1329	10	4013	0	BOGOTA D.C

TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN	TASA RUNT	AMPAROS POR	HASTA
310	\$ 537000	\$ 279200	\$ 2100	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800
				B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180
				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750
				D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	10
TOTAL A PAGAR					SALARIO S MÍNIMOS LEGALES DIARIOS
\$ 818300					

FIRMA AUTORIZADA

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las 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 RUNT.
- Este atento al momento en que deba 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.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, 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 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Protección de datos personales:

Cumpliendo con el deber de confidencialidad obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A Y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

- a) La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente, hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.

b) Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de Seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos.

c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.

d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prorrogación, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdeleestado.com y www.segurosdevidadeleestado.com. Los responsables del tratamiento de sus datos son las ASEGURADORAS.

El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son:

- Oficinas de SEGUROS DEL ESTADO a nivel nacional
- Sitio web: A través de las páginas www.segurosdeleestado.com y www.segurosdevidadeleestado.com
- Contactenos. Correo electrónico: info@segurosdeleestado.com

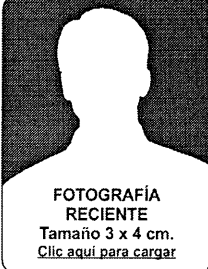
HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Fecha	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo
D M A		

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
Angel Fajardo	Heyder Andrés	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
Kra 12 L # 26 A sur 11	Bogotá	
Teléfono	No. Celular	
	3219932063	
Correo electrónico	Nacionalidad	
heananfa@gmail.com	Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Transportador	Soltero	Tres (3)

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1023031114	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción N°
	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1023031114
		Categoría
		C2

II. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>	
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Lo recomienda alguien de esta empresa?
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	D M A	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/>
	Dependencia		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Bogotá	Bogotá		
Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>			Dos años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
	Negocios varios, cuatro millones mensuales	\$ Cinco millones	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial?		
Créditos bancarios, manutención propia	\$		
¿Cuál(es) es(son) su(s) principal(es) afición(es)?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
Futbol			
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.?			
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.?			
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

OBJETIVO Mencione brevemente que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

Descartarme en las funciones que tenga que cumplir y demostrar mis aptitudes.

III. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		N° de personas que dependen económicamente del solicitante		Parentesco	
Edades		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Jazmin Solay Fajardo Garcia		Jefe de personal		Teléfono(s)	
José Joaquín Angel Torres		Discapacitado			
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2008	5	Básica primaria	Colegio Miravalle	Bogotá
Bachillerato	2015	6	Bachiller académico	IED Miguel de Cervantes Saavedra	Bogotá
Clásico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>					
Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Educación Superior	2017	1		Universidad La Gran Colombia	Bogotá
Técnico <input type="checkbox"/>					
Tecnológico <input type="checkbox"/>					
Profesional <input checked="" type="checkbox"/>					
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/>
			Nocturno <input type="checkbox"/>	A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien					
Sistemas	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB
¿Programa(s) que maneja?		2.	R B MB	4.	R B MB
Idiomas	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	Lectura R B MB	Escritura R B MB	Hablado R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?		2.	R B MB	R B MB	R B MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIP (X) EN QUE CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUE AREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS (*)				AREA DE LA EMPRESA			
AGRICULTURA	<input type="checkbox"/>	Metalurgia	<input type="checkbox"/>	FINANCIERO	<input type="checkbox"/>	Administración	<input type="checkbox"/>
GANADERIA / AVICULTURA	<input type="checkbox"/>	Maquinaria	<input type="checkbox"/>	INMOBILIARIO	<input type="checkbox"/>	Auditoría	<input type="checkbox"/>
MINERIA	<input type="checkbox"/>	Automotores	<input type="checkbox"/>	INFORMATICO	<input type="checkbox"/>	Bodega	<input type="checkbox"/>
HIDROCARBUROS	<input type="checkbox"/>	Muebles	<input type="checkbox"/>	SALUD	<input type="checkbox"/>	Compras	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA	<input type="checkbox"/>	Reciclaje	<input type="checkbox"/>	EDUCACION	<input type="checkbox"/>	Contabilidad	<input type="checkbox"/>
Alimentos y Bebidas	<input type="checkbox"/>	OTROS (¿Cuáles?)	<input type="checkbox"/>	SEGUROS	<input type="checkbox"/>	Costos	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	TURISMO / RECREACION	<input type="checkbox"/>	Crédito y Cobranzas	<input type="checkbox"/>
Textiles y Confecciones	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	OTROS SERVICIOS	<input type="checkbox"/>	Diseño	<input type="checkbox"/>
Cuero y Calzado	<input type="checkbox"/>	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA	<input type="checkbox"/>	Asesorías Profesionales	<input type="checkbox"/>	Finanzas	<input type="checkbox"/>
Papel y Cartón	<input type="checkbox"/>	CONSTRUCCION	<input type="checkbox"/>	Servicios Temporales	<input type="checkbox"/>	Gerencia General	<input type="checkbox"/>
Editorial y Artes Gráficas	<input type="checkbox"/>	COMERCIO	<input checked="" type="checkbox"/>	Seguridad Vigilancia	<input type="checkbox"/>	Impuestos	<input type="checkbox"/>
Químico y Farmacéutico	<input type="checkbox"/>	HOTELES Y RESTAURANTES	<input type="checkbox"/>	OTROS SECTORES	<input type="checkbox"/>	Mercadeo	<input type="checkbox"/>
Caucho y Plástico	<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Producción	<input type="checkbox"/>
Vidrio, Cerámica y Cemento	<input type="checkbox"/>	COMUNICACIONES	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Publicidad	<input type="checkbox"/>

(*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo		Nombre de su jefe inmediato		Fecha de ingreso	
				D M A	
Fecha de retiro				D M A	
Total tiempo servido		Sueldo inicial		Sueldo final o actual	
		\$		\$	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted					
Funciones realizadas					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuanto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> ½ Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro					
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)					
Nombre de la empresa		Dirección		Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso	
				D M A	
Fecha de retiro				D M A	
Total tiempo servido		Sueldo inicial		Sueldo final o actual	
		\$		\$	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted					
Funciones realizadas					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuanto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> ½ Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro					
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)					
Nombre de la empresa		Dirección		Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso	
				D M A	
Fecha de retiro				D M A	
Total tiempo servido		Sueldo inicial		Sueldo final o actual	
		\$		\$	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted					
Funciones realizadas					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuanto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> ½ Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro					
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)					
INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)					
¿Entidad promotora de salud (EPS)?		¿Fondo de pensiones?		¿Fondo de cesantías?	
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Cuál? CAFAM		¿Cuál?		¿Cuál?	
Fecha de afiliación		Fecha de afiliación:		Fecha de afiliación:	
Cotizante <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.-	Nombre Sharon Yusbleidy Olipio Pinilla	Ocupación Independiente	Dirección Kra 12 L # 26 A sur 11 Teléfono 3103395602
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
3.-	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

1.-

2.-

3.-

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



¡Importante!

Este es un formato de distribución GRATUITA, puede buscarlo en la Web, puede imprimir ó enviar este formato por correo electrónico sin restricciones.

Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en el presente formato son veraces.

Firma del solicitante

c.c. 1023031114

VII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR		ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE			
		Día	Hora	Asistió a Entrevista		Hora de Llegada	
				Si	No		
1.-							
2.-							
ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien							
Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos
	R	B	MB	R	B	MB	
Puntualidad	R	B	MB	R	B	MB	Desempeño en cargos anteriores
Presentación	R	B	MB	R	B	MB	Acceptables motivos de retiro de cargos anteriores
Aspectos de vigor y salud	R	B	MB	R	B	MB	Se ajusta al perfil
Facilidad de expresión	R	B	MB	R	B	MB	
CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA							
Primer entrevistador							
Segundo entrevistador							
Candidato seleccionado definitivamente			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Contrátese a partir del		Sueldo \$
Candidato elegible próximamente			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cargo		Tipo de contrato
Referencias verificadas por		Primer entrevistador		Segundo entrevistador		Firma de quien autoriza contratación	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.023.031.114

ANGEL FAJARDO

APELLIDOS

HEYDER ANDRES

NOMBRES

Andres Angel

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

20-OCT-1998

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73

O+

M

ESTATURA

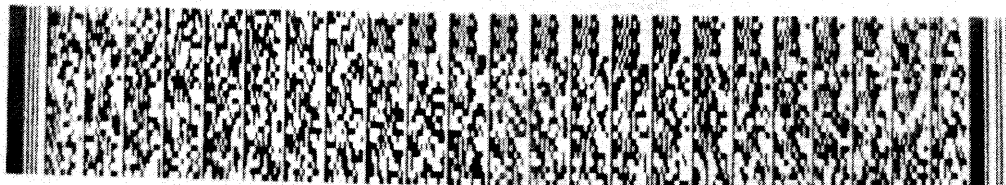
G.S. RH

SEXO

28-OCT-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

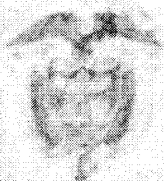
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00889680-M-1023031114-20170317

0054313455G 1

9999312493



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1023031114

NOMBRE

HEYDER ANDRES ANGEL FAJARDO

FECHA DE NACIMIENTO

20-10-1998

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

20-06-2018

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

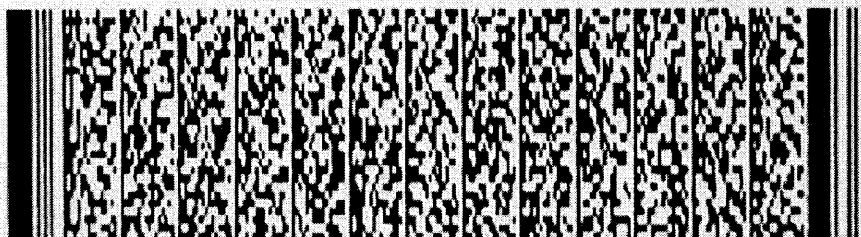
ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	03-03-2032	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	03-03-2025	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002582564



AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT: 809.989.094-1



Datos del usuario
LUIS F GONZALEZ O
KR 12L 26A SUR 11

BOGOTÁ, D.C.

ESTRATO: 3 CLASE DE USO: Comercial
UNO FAMILIAR: 0 LINEA NO HABITACIONAL: 1
ZONA: 3 CICLO: M3 RUTA: M33400

Datos del medidor
MARCA: ITREN DE NUMERO: A1000000 TPO: VELOCISTE DIAMETRO: 1/2"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta

10078210

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos

43919806018

TOTAL A PAGAR

\$335.280

Agua y Alcantarillado: A los 10 días se aplica un 5% de descuento.
Cuentas vencidas: A los 10 días se aplica un 5% de recargo.

Fecha de pago oportuno

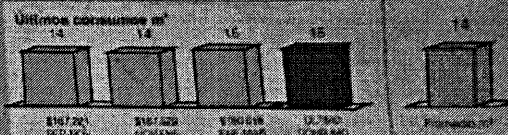
JUN/27/2023

Fecha de suspensión

JUN/30/2023

Datos del consumo

ULTIMA LECTURA: 602 CONSUMO (m³): 15
LECTURA ANTERIOR: 587
FACTURADO CON: Consumo Normal Desembargo fuera de hora: 0



Periodo facturado

MAR/24/2023 - MAY/23/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN: JUN/10/2023

FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: AGO/19/2023

Descripción	Cantidad	Costo		Subsidio (+/-) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
		Valor Unitario	Valor Total			
Acueducto						
Cargo fijo residencia						
Cargos residenciales básicos						
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial						

Otros Cobros	No.	Cuota	Valor	Total	Valor
Acueducto					

2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

4. Número de formulario

14876617531



(415)7707212489984(8020) 000001487661753 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 3 0 3 1 1 1 4

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 2 3 0 3 1 1 1 4

27. Fecha expedición

2 0 1 6 1 0 2 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ANGEL

32. Segundo apellido

FAJARDO

33. Primer nombre

HEYDER

34. Otros nombres

ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 14 H # 76 Sur - 03 int 2 CA Casa esquinera de 2 pisos

42. Correo electrónico

heananfa@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 1 1 0

44. Teléfono 1

3 2 1 9 9 3 2 0 6 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 9 2 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7 0 3 0 1

Actividad secundaria

48. Código

5 3 2 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 1 1 2 0

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restaurant

Obligados aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

☒

NO

☐

60. No. de Folios:

3

61. Fecha

2022 - 11 - 16 / 09 : 20: 49

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ANGEL FAJARDO HEYDER ANDRES

985. Cargo Contribuyente

Medellín, 08 de junio de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que HEYDER ANDRES ANGEL FAJARDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1023031114 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 26/01/2023

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

DATATRAFFIC SAS N900304168

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

1620101 - ACTIVIDADES DE DESARROLLO DE SISTEMAS INFORMÁTICOS (PLANIFICACIÓN, ANÁLISIS, DISEÑO, PROGRAMACIÓN, PRUEBAS), INCLUYE ANÁLISIS, DISEÑO DE LA ESTRUCTURA, EL CONTENIDO Y/O ESCRITURA DEL CÓDIGO INFORMÁTICO, PROGRAMAS DE SISTEMAS OPERATIVOS, APLICACIONES DE PROGRAMAS INFORMÁTICOS, BASES DE DATOS, DESARROLLO DE SOLUCIONES WEB, PERSONALIZACIÓN DE PROGRAMAS INFORMÁTICOS

CLASE DE RIESGO: 1 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - RIESGO 4

CLASE: 4 PORCENTAJE: 4.35%

TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

4532001 - ACTIVIDADES DE MENSAJERÍA, INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN, TRANSPORTE Y ENTREGA DE CORREO REGULAR Y PAQUETES Y BULTOS POR FIRMAS QUE NO OPERAN BAJO LA OBLIGACIÓN DEL SERVICIO UNIVERSAL, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE TRÁMITES Y SIMILARES Y SERVICIOS DE ENTREGA A DOMICILIO

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

4532001 - ACTIVIDADES DE MENSAJERÍA, INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN, TRANSPORTE Y ENTREGA DE CORREO REGULAR Y PAQUETES Y BULTOS POR FIRMAS QUE NO OPERAN BAJO LA OBLIGACIÓN DEL SERVICIO UNIVERSAL, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE TRÁMITES Y SIMILARES Y SERVICIOS DE ENTREGA A DOMICILIO

CODIGO DE ACTIVIDAD: 4532001

CLASE DE RIESGO: 4 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 4.35%

Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4.35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230311142315938461

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.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

08/06/2023 10.41 AM

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

CERTIFICADO-012023- 1023031114



 GRUPO EMPRESARIAL DE SERVICIOS AMBIENTALES & PROFESIONALES	Carnet de Manipulación de Alimentos y BPM	ESTE DOCUMENTO ACREDITA A SU PORTADOR COMO ASISTENTE A LA JORNADA CONTINUA Y PERMANENTE EN MANEJO SEGURO E HIGIÉNICO DE LOS ALIMENTOS Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (RESOLUCIÓN 2674 DE 2013, CAP. III ART. 12 Y 13)	
	HEYDER ÁNGEL Nombre 1023031114 Documento 20 De Enero De 2024 Válido Hasta	 MT 1011208551-3 Rafael Alberto Orjuela Orjuela Profesional Capacitador	 Escanea el Código QR
www.cursodemanipulacionalimentos.com		Numero Único de Contacto 310 708 9494	

Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales

www.cursodemanipulacionalimentos.com

Correo Electrónico: equipo@gemsap.com

Numero Único de Contacto: 3107089494

TecniControl

Su necesidad, nuestro compromiso.

CSA - TCI 2023 # 025

CERTIFICACION DE SERVICIO DE SANIDAD AMBIENTAL

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

CLIENTE:	HEYDER ANDRES ANGEL FAJARDO	NIT:	1.023.031.114	MARCA:	FOTON	MODELO:	2014
PLACA:	TAM 159	PERSONA QUE CONFIRMA:	HEYDER ANDRES ANGEL	TIPO:	FURGON		

TECNICONTROL FUMIGACIONES S.A.S CERTIFICA QUE:

DESARROLLO SERVICIO DE (DESINSECTACION PARA EL CONTROL DE VECTORES) POR CONTROL Y PREVENCIÓN, EN EL VEHICULO. PROCESO REALIZADO DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE UTILIZANDO LOS SIGUIENTES PRODUCTOS:

PRODUCTO	DOSIS	CONCENTRACIÓN Y FORMULACIÓN
INSECTICIDA:	HAWKER 25 EC RGSP 0231-2004 Cat. toxicológica III	5ml - 8ml* Lt Agua
DESINFECTANTE:	N/A	CIPERMETRINA 25%
RODENTICIDA:	N/A	N/A
OTROS:	N/A	N/A

CONCEPTO SANITARIO FAVORABLE PARA TECNICONTROL FUMIGACIONES S.A.S EMPRESA APLICADORA SEGÚN SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ DIRECCION DE SALUD PUBLICA. ACTA DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL HIGIENICO SANITARIO LINEA DE INDUSTRIAL Y AMBIENTE N° SQ07C 003422

Fecha de Servicio: LUNES 23 / ENERO / 2023 Hora: 02:00 P.M.

Técnico encargado del servicio: FREDY ALEXANDER MORENO ALVAREZ

OBSERVACIONES: Favor tener en cuenta las recomendaciones para el servicio.

FIRMA DEPARTAMENTO TECNICO

TecniControl
FUMIGACIONES
NIT 301.098.279-J

FIRMA DE ACEPTACION DEL SERVICIO

Calle 10 sur No. 34 - 22, Barrio Remanso Sur (SEDE BOGOTÁ)
Calle 80 Km. 2, Vía Siberia, Cota - Cundinamarca, Parque Agroindustrial de Occidente (SEDE CUNDINAMARCA)
+57 (1) 448 9877 - 311 285 4674 - 301 668 9742 - tecnicontrolfumigaciones@gmail.com - comercial@tecnicontrolfumigaciones.com
www.tecnicontrolfumigaciones.com

CERTIFICADO-012023- 1023031114



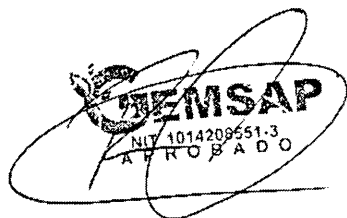
Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales GEMSAP

CERTIFICA QUE:

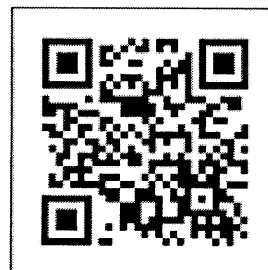
De acuerdo a lo establecido en la resolución 2674 de 2013 en su capítulo III artículo 12, 13 y 36 **HEYDER ANDRES ÁNGEL FAJARDO** con documento de identificación N° **1023031114** Asistió al curso en manipulación higiénica de los alimentos, buenas prácticas de manufactura y prácticas higiénicas, Cuyo plan de capacitación cuenta con una intensidad horaria de Diez (10) horas de formación las cuales se desarrollaran mediante nuestra plataforma virtual, por lo cual con base en la normatividad legal vigente en el territorio nacional se certifica a la persona nombrada en cuestión como asistente al curso de manipulación de alimentos y por ende como manipulador de alimentos en todo el territorio nacional por un año a partir de la emisión de su carné de manipulación de alimentos y el presente certificado.

El presente certificado se expide a los 20 días del mes de Enero del año 2023.

Atentamente,



Rafael Alberto Orjuela
Profesional Capacitador
Esp. Sistemas de Calidad e Inocuidad en Alimentos



Escanea el Código QR

Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales

www.cursodemaniplacionalimentos.com

Correo Electrónico: equipo@gemsap.com

Numero Único de Contacto: 3107089494

PLAN DE CAPACITACIÓN CONTENIDO DE LA JORNADA CONTINUA Y PERMANENTE DE CAPACITACIÓN EN MANEJO HIGIÉNICO Y SEGURO DE ALIMENTOS

Con base en lo establecido en la RESOLUCIÓN 2674 DE 2013 Art. 12,13 y 36 se define el contenido de la jornada continua y permanente de capacitación en manejo higiénico y seguro de los alimentos para personas naturales, empleados y empresas del sector alimentos.

OBJETIVO

Formar en Buenas Prácticas de Manufactura y prácticas higiénicas en manipulación de alimentos, a Todas las personas que realizan actividades de manipulación de alimentos; fortaleciendo los procesos de calidad, inocuidad, higiene y salubridad, aportando de manera positiva a la salud pública de la población.

ALCANCE

Este proceso de formación va dirigido a todo el personal operativo y administrativo que manipule, transporte, comercialice y tenga contacto directo e indirecto con los alimentos, el cual pretende darle los conocimientos, aptitudes y habilidades que requiere el personal manipulador de alimentos para lograr un desempeño satisfactorio en Buenas Prácticas de Manufactura y prácticas higiénicas.

METODOLOGIA

La metodología a emplear para el proceso de formación es del tipo teórico práctica y virtual, permitiendo a los asistentes recibir el conocimiento necesario mediante la catedra impartida por el capacitador, el material audiovisual, y el material autodidáctico disponible en nuestra plataforma virtual, finalmente la validación de los conocimientos recibidos se realizara mediante un sistema de evaluación en línea para cada uno de los módulos; Con el objetivo de dar cumplimiento a la jornada continua y permanente de formación en manejo higiénico de los alimentos y BPM, para ello se han destinado 3 módulos de capacitación los cuales deben de ser desarrollados por los manipuladores de alimentos en formación, estos módulos estarán disponibles en: <https://cursodemanipulacionalimentos.com/curso-manipulacion-alimentos/>.

EL CONTENIDO DE ESTA JORNADA CONTINUA Y PERMANENTE DE FORMACION TAMBIEN INCLUYE COMO DOCUMENTOS ANEXOS:

- Carné de manipulación de alimentos (vigencia 1 año a partir de la fecha de formación).
- Certificado de asistencia.
- Plan de capacitación.
- Perfil Capacitador Avalando Formación

Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales

www.cursodemanipulacionalimentos.com

Correo Electrónico: equipo@gemsap.com

Numero Único de Contacto: 3107089494

PLAN DE CAPACITACIÓN
METODOLOGÍA: TEORICO-PRÁCTICA-VIRTUAL

OBJETIVO DE CAPACITACIÓN	INTENSIDAD HORARIA
MODULO I – ENERO 2023	
Los Alimentos y los microorganismos: Identificar el concepto de alimento, así como sus características y su clasificación, identificar los tipos de contaminación que pueden sufrir los alimentos y los factores de crecimiento de las bacterias así como la prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos.	1 hora
Seguridad de los alimentos: Conocer los riesgos a los que se encuentran expuestos los alimentos, las vías de contaminación de los alimentos de acuerdo al nivel de riesgo, entender el concepto de contaminación de los alimentos así como los diferentes vías y tipos de contaminación de los alimentos.	2 horas
Buenas prácticas de manufactura: Conocer las buenas prácticas de manufactura y su implementación en la industria de los alimentos, aprender conductas que garanticen la entrega de un producto inocuo y apto para el consumo humano, y que beneficien la manipulación de los alimentos.	1 hora
MODULO II - JULIO 2023	
Marco legal de los alimentos: Dar a conocer las leyes, decretos y resoluciones que aplican para la industria de alimentos, los requisitos de infraestructura, higiene, personal y documentación que se deben de cumplir en Colombia.	1 hora
Factores claves en la conservación de alimentos: Identificar los factores claves que benefician la conservación de los alimentos temperaturas seguras, cadena de frio, almacenamiento y rotación de los alimentos, limpieza y desinfección de utensilios, áreas y superficies. Garantizando alimentos seguros .	1 hora
Prevención de la contaminación directa y cruzada: Conocer estrategias enfocadas a la prevención de la contaminación directa y cruzada de los alimentos, la importancia del lavado de manos, separar alimentos crudos de alimentos cocinados, la importancia de la higiene personal, respetar la cadena de frio y el correcto almacenamiento de los alimentos.	1 hora
Prácticas higiénicas: Crear conciencia y actitudes que se consideren necesarias al trabajar con alimentos, para conservar las características de inocuidad de los alimentos y su manejo higiénico, resaltar la importancia del manipulador de alimentos en relación a la higiene y salubridad.	1 hora
MODULO III - OCTUBRE 2023	
Condiciones óptimas para la manipulación de alimentos: Conocer las condiciones óptimas de los lugares donde se fabrican, procesan, elaboran y manipulan alimentos, garantizar el ambiente adecuado que disminuya los riesgos de contaminación de los alimentos.	1 hora
Plan de Saneamiento: Conocer el documento plan de saneamiento, su contenido, características, cumplimiento de programas y la importancia de la adecuada implementación y desarrollo de los programas de limpieza y desinfección, gestión de residuos sólidos y líquidos, control de plagas y abastecimiento de agua potable.	1 hora
TIEMPO TOTAL DE CAPACITACIÓN RESOLUCIÓN 2674 DE 2013	10 HORAS

Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales

www.cursodemanipulacionalimentos.com

Correo Electrónico: equipo@gemsap.com

Numero Único de Contacto: 3107089494

HOSPITAL TUNJUELITO

HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL
Empresa Social del Estado

**HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
UNIDAD DE ATENCION AL MEDIO AMBIENTE**

**CONCEPTO SANITARIO No. 8998
VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS**

El Hospital Tunjuelito II Nivel empresa Social del estado certifica que se practicó revisión al VEHICULO, logrando consultar que cumple con la normatividad vigente para el transporte de alimentos

CLASE DE ALIMENTO QUE TRANSPORTA. PRODUCTOS PERECEDEROS

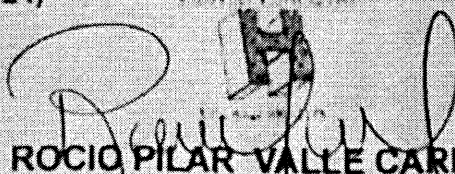
PROPIETARIO	: JAZMIN SOLAY FAJARDO GARCIA C.C. 52209148	
TELEFONO	:00	CAPACIDAD: 2650
TIPO DE VEHICULO	:CAMION	MODELO: 2014
MARCA	:FOTON	
COLOR CABINA	:BLANCO	
PLACA	:TAM159	

REVISION EFECTUADA : DIECISEIS (16) DE MARZO DE DOS MIL VEINTITRES (2023)

Funcionario responsable:

ELVIA LUZ SANDOVAL

REVISION VALIDA HASTA: DIECISEIS (16) DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO (2024)



**ROCIO PILAR VALLE CARRION
Coordinadora Salud Pública UPA SAN BENITO
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E.**

CALLE 58 sur No. 19 B-21 TEL 7141963 - 2792132 - 7142533 - 7142722
Sede Administracion Calle 48 B SUR No. 28-30 Tels. 7100570 - 2705668 - 2701914





