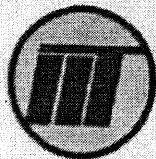


Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10024987794

PLACA

TAM159

MARCA

FOTON

CILINDRADA CC

3.432

COLOR

BLANCO

CLASE DE VEHÍCULO

CAMION

TIPO CARROCERÍA

FURGON

LÍNEA

BJ1043V8JE6-D

MODELO

2014

SERVICIO

PÚBLICO

CAPACIDAD KGS/

2650

NÚMERO DE MOTOR

B212033485

REG

N

VIN

LVBV8JE62EE001052

NÚMERO DE SERIE

REG

N

NÚMERO DE CHASIS

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

UE

FECHA IMPORT.

PUERTAS

1

20/02/2013

2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PREnda - FINANZAUTO S.A. BIC

FECHA MATRÍCULA

25/05/2013

FECHA EXP. LIC. TTO.

07/01/2022

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA

CONCEPCIONES S.A.S.



LTO7001263014

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 vehiculó registrado... gracias por la atencion prestada... Feliz día.

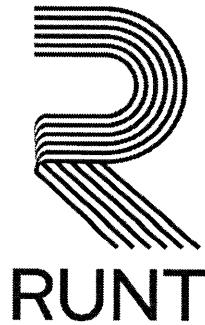
Jazmin Solay Fajardo Garcia
52.209.148

Firma y huella



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. 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

SOAT

SOAT - SISTEMA DE OBTENCIÓN DE SOAT AUTOMOTRIZ CON VIGENCIA DE 12 MESES EN ACCESO DIRECTO AL TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2023-06-23 VIGENCIA DESDE: 2023-06-24 HASTA: 2024-06-23



SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

No. DE PÓLIZA:	PLACA No.:	CLASE VEHÍCULO:	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

APELIDOS 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. SUCRASAL 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	SALARIO
				B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	S
				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	MÍNIMOS
				D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	10	LEGALES DIARIOS

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.
• Esté 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 se ha herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente y quien lo 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:

Como consumidor financiero 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 prórroga, 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, rectificarlos y solicitar su eliminación cuando proceda, de acuerdo con las Políticas de Tratamiento de Datos Personales en las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidelestado.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.segurosdelestado.com y www.segurosdevidelestado.com
- Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.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 Angel Fajardo	Nombre(s) del aspirante Heyder Andrés	 <p>FOTOGRAFÍA RECIENTE Tamaño 3 x 4 cm. Clic aquí para cargar</p>
Dirección domicilio / Barrio Kra 12 L # 26 A sur 11	Ciudad Bogotá	
Teléfono	No. Celular 3219932063	
Correo electrónico heananfa@gmail.com	Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio Transportador	(*) Estado civil Soltero	

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional

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

II. INFORMACIÓN PERSONAL

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

Descatarme 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	
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante <input type="text" value="0"/>		Parentesco		Edades	
Nombre(s) padre(s) Jazmín Solay Fajardo Garcia		Profesión, ocupación u oficio Jefe de personal		Teléfono(s) 3208598707	
José Joaquin Angel Torres		Discapacitado			
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	ANÓ DE FINALIZACION	ANOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION		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					
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>											
Nombre de la institución				Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>					
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien											
Sistemas	Si <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	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	Lectura			Escritura	Hablando				
¿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 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 ECONOMICAS (*)				AREA DE LA EMPRESA					
AGRICULTURA	<input type="checkbox"/>	Metalurgia	<input type="checkbox"/>	FINANCIERO	<input type="checkbox"/>	Administración	<input type="checkbox"/>	Personal	<input type="checkbox"/>
GANADERIA / AVICULTURA	<input type="checkbox"/>	Maquinaria	<input type="checkbox"/>	INMOBILIARIO	<input type="checkbox"/>	Auditoria	<input type="checkbox"/>	Sistemas	<input type="checkbox"/>
MINERIA	<input type="checkbox"/>	Automotores	<input type="checkbox"/>	INFORMATICO	<input type="checkbox"/>	Bodega	<input type="checkbox"/>	Tesoreria	<input type="checkbox"/>
HIDROCARBUROS	<input type="checkbox"/>	Muebles	<input type="checkbox"/>	SALUD	<input type="checkbox"/>	Compras	<input type="checkbox"/>	OTRAS (¿Cuáles?)	<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"/>	Asesorias 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			
Total tiempo servido		Sueldo inicial \$		Sueldo final o actual \$		Fecha de retiro D M A		
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			
Total tiempo servido		Sueldo inicial \$		Sueldo final o actual \$		Fecha de retiro D M A		
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			
Total tiempo servido		Sueldo inicial \$		Sueldo final o actual \$		Fecha de retiro D M A		
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)? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? CAFAM			¿Fondo de pensiones? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?			¿Fondo de cesantías? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Fecha de afiliación		Cotizante <input type="checkbox"/>		Beneficiario <input type="checkbox"/>		Fecha de afiliación:		

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.-	Nombre Sharon Yusbleidy Oliipo Pinilla	Ocupación Independiente	Dirección Kra 12 L # 26 A sur 11	Teléfono 3103395602
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
Nombre de un familiar que podemos 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							
1.-													
2.-													
ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien													
Aspectos	Primer Entrevistador		Segundo Entrevistador		Aspectos	Primer Entrevistador		Segundo Entrevistador		Otros aspectos			
Puntualidad	R	B	MB	R	B	MB	Desempeno en cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB
Presentación	R	B	MB	R	B	MB	Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB
Aspectos de vigor y salud	R	B	MB	R	B	MB	Se ajusta al perfil	R	B	MB	R	B	MB
Facilidad de expresión	R	B	MB	R	B	MB		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			
						Cargo				\$			
Candidato elegible próximamente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										Tipo de contrato			
Referencias verificadas por			Primer entrevistador			Segundo entrevistador			Firma de quien autoriza contratación				

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.023.031.114

ANGEL FAJARDO

APELLIDOS

HEYDER ANDRES

NOMBRES

Andres Angel

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

20-OCT-1998

BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 O+

M

ESTATURA G.S. RH

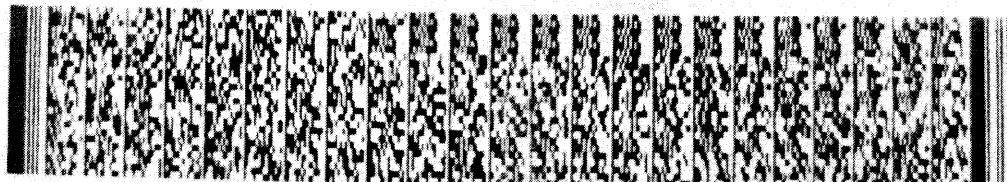
SEXO

28-OCT-2016 BOGOTÁ D.C.

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1500150-00889680-M-1023031114-20170317

0054313455G 1

9999312493



Liberad 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 EXPEDICIÓN

20-06-2018

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

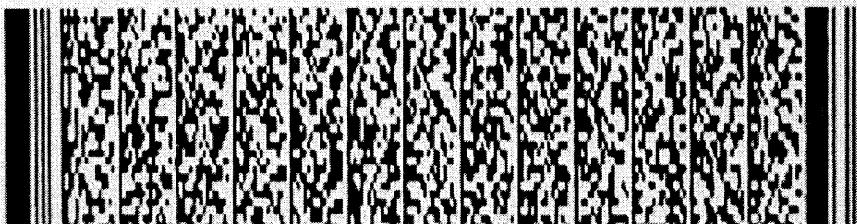
ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.



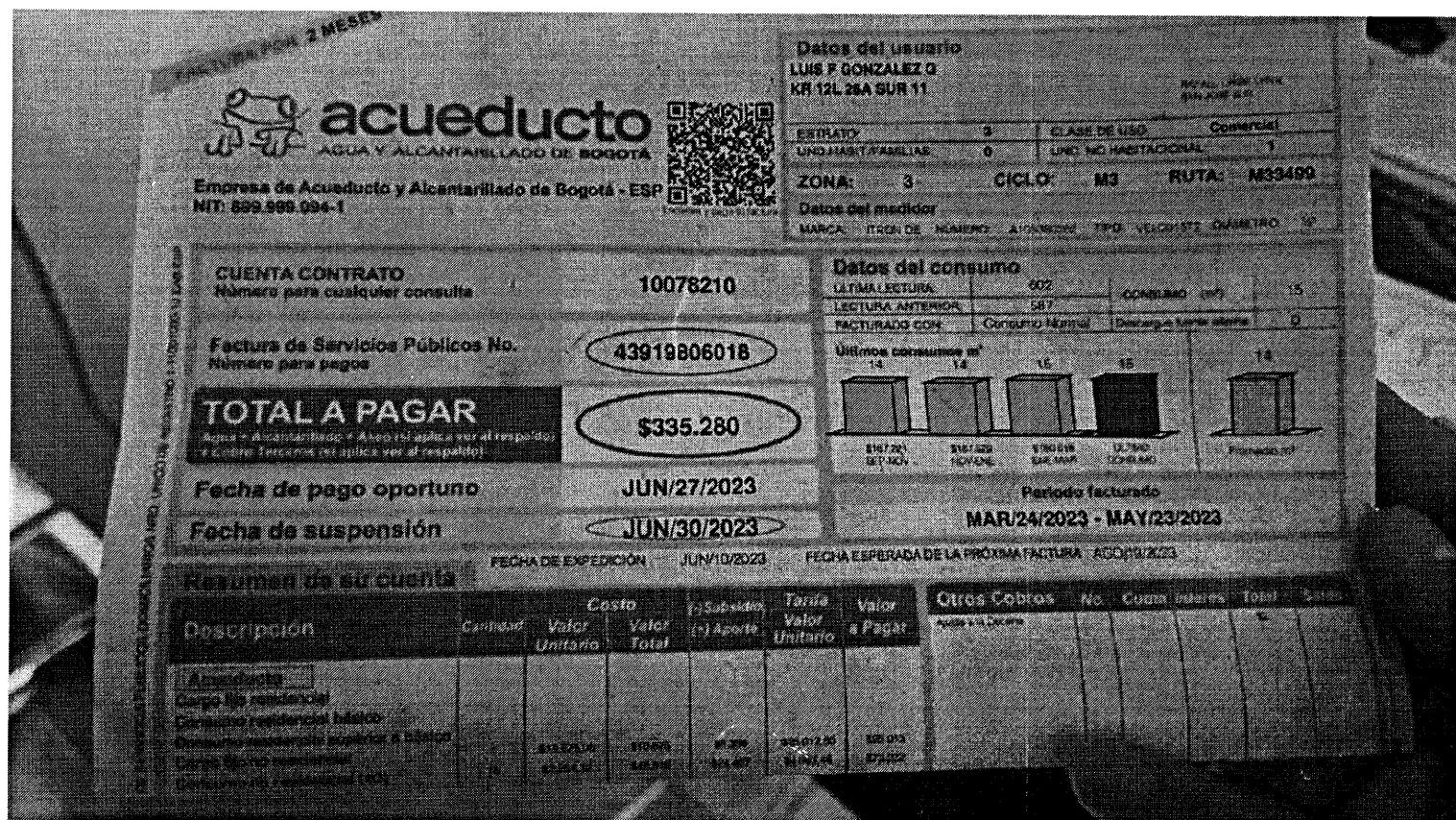
CATEGORIAS AUTORIZADAS

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, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	03-03-2025	PÚBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002582564



2. Concepto **0 1** Inscripción

4. Número de formulario

14876617531



(415)7707212489984(8020) 0000014876617531

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 3 0 3 1 1 1 4 | 9

6. DV

Impuestos de Bogotá

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

2 Cédula de Ciudadanía

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 28. País

COLOMBIA

29. Departamento

1 6 9 Bogotá D.C.

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

39. Departamento

1 6 9 Bogotá D.C.

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

Ocupación

Actividad principal

46. Código 47. Fecha inicio actividad

4 9 2 3 | 2 0 1 7 , 0 3 , 0 1

Actividad secundaria

48. Código 49. Fecha inicio actividad

5 3 2 0 | 2 0 1 9 , 1 1 , 2 0

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código

4 9 5 0

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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	
CÓDIGO 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.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230311142315938461

Atentamente,



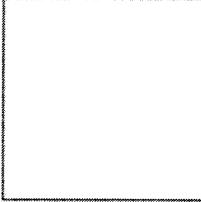
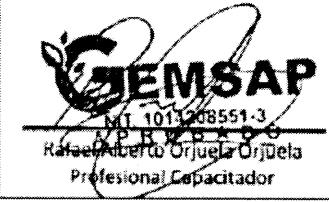
Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

CERTIFICADO-012023- 1023031114



	<p>Carnet de Manipulación de Alimentos y BPM</p>	<p>ESTE DOCUMENTO ACREDITA A SU PORTADOR COMO ASISTENTE A LA JORNADA CONTINUA Y PERMANENTE EN MANDO SEGURO E HIGIÉNICO DE LOS ALIMENTOS Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (RESOLUCIÓN 2674 DE 2013, CAP. III ART. 12 Y 13)</p>	
	<p>HEYDER ÁNGEL Nombre</p> <p>1023031114 Documento</p> <p>20 De Enero De 2024 Válido Hasta</p>	 <p>MT 1011208551-3 APB Rafael Alberto Oriuela Oriuela Profesional Capacitador</p>	 <p>Escanea el Código QR</p>
www.cursodeManipulacionAlimentos.com		Número Único de Contacto 310 708 9494	

Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales
www.cursodeManipulacionAlimentos.com

Correo Electrónico: equipo@gemsap.com

Número Único de Contacto: 3107089494



Si necesidad, nuestro compromiso.

CSA - TCF 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 PREVENCION 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	CIPERMETRINA 25%
DESINFECTANTE: N/A	N/A	N/A
RODENTICIDA: N/A	N/A	N/A
OTROS:		

CONCEPTO SANITARIO FAVORABLE PARA TECNICONTROL FUMIGACIONES S.A.S EMPRESA APLICADORA SEGUN SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ DIRECCION DE SALUD PUBLICA. ACTA DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL HIGENICO 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 TÉCNICO

Technicontrol
FUMIGACIONES
NIT 901.098.279-0

FIRMA DE ACEPTACION DEL SERVICIO

9 Calle 16 sur No. 34 - 22, Barrio Nelmano Sur (SEDE BOGOTÁ)
9 Calle 80 Km. 7, Vía Siberia, Local: Cundinamarca, Parque Agroindustrial de Occidente (SEDE CUNDINAMARCA)
+57 (1) 445 9977 - +57 (1) 265 4674 - 301 068 9742 - tecnicontrolfumigaciones@gmail.com - comercio@tecnicontrolfumigaciones.com
www.tecnicontrolfumigaciones.com

CERTIFICADO-012023- 1023031114



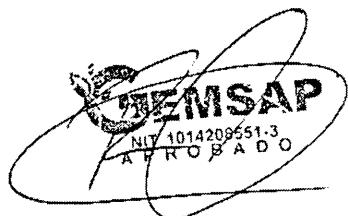
Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales GEMSAP

CERTIFICA QUE:

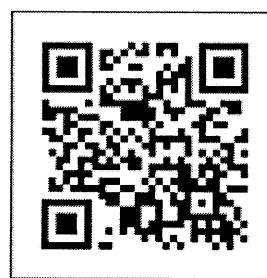
De acuerdo a lo establecido en la resolución 2674 de 2013 en su capítulo III artículo 12, 13 y 36 **HEYDER ANDRES ÁNGEL FAJARDO** con documento de identificación N° **1023031114** Asistió al curso en manipulación higiénica de los alimentos, buenas prácticas de manufactura y prácticas higiénicas, Cuyo 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.cursodeManipulacionAlimentos.com

Correo Electrónico: equipo@gemsap.com
Número Único de Contacto: 3107089494

CERTIFICADO-012023- 1023031114



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 realizará 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

Número 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 frío, 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 frío 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

Número Único de Contacto: 3107089494

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

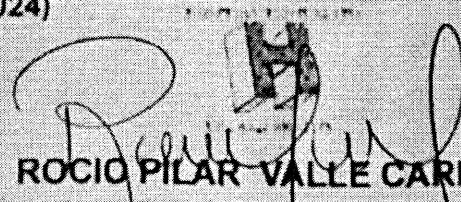
PROPIETARIO	:	JAZMIN SOLAY FAJARDO GARCIA C.C. 52209148
TELEFONO	:	00 CAPACIDAD: 2650
TIPO DE VEHICULO	:	CAMIÒN
MARCA	:	FOTON
COLOR CABINA	:	BLANCO
PLACA	:	TAM159

**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.





