



Liberad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10025036786

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
KSR051	FOTON	BJ1030V4JV2-BH	2022
CILINDRADA CC	COLOR		SERVICIO
1.498	BLANCO		PÚBLICO
CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROZERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	FURGON	GASOLINA	1090
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
210003431ZLB	N	LVAV2JVB5NE302613	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
LVAV2JVB5NE302613	N	LVAV2JVB5NE302613	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN		
SANCHEZ ROLDAN JOSE OLIVERIO Y OTRO(S)	C.C. 80492444		

RESTRICCION MOVILIDAD

BLINDAJE POTENCIA HP
***** 102

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

FECHA IMPORT. PUERTAS
352021000478555 1 11/12/2021 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

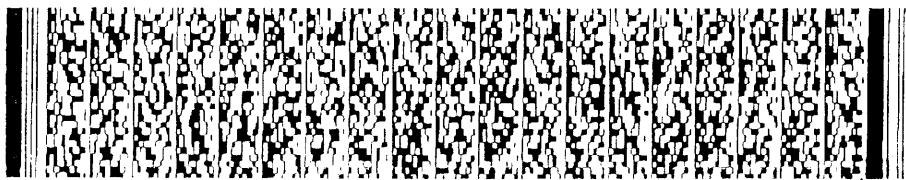
PREnda - BAnCO DE BOGOTá

FECHA MATRÍCULA FECHA EXP. LIC. TTO. FECHA VENCIMIENTO
17/01/2022 17/01/2022 *****

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

COPIA OFICIAL



L1070101312427



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE



Liberdad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10025036786

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
KSR051	FOTON	BJ1030V4JV2-BH	2022
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
1.498	BLANCO	PÚBLICO	
CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROZERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	FURGON	GASOLINA	1090
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
210003431ZLB	N	LVAV2JVB5NE302613	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
LVAV2JVB5NE302613	N	LVAV2JVB5NE302613	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN		
SANCHEZ ROLDAN JOSE OLIVERIO Y OTRO(S)	C.C. 80492444		

RESTRICCION MOVILIDAD

BLINDAJE POTENCIA HP
***** 102

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

ME FECHA IMPORT. PUERTAS
352021000478555 11/12/2021 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

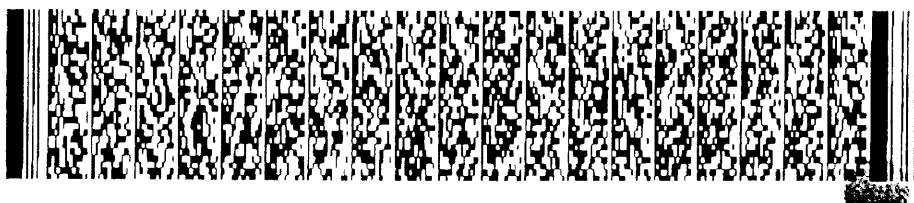
PRENDA - BANCO DE BOGOTA

FECHA MATRÍCULA FECHA EXP. LIC. TTO FECHA VENCIMIENTO
17/01/2022 17/01/2022 *****

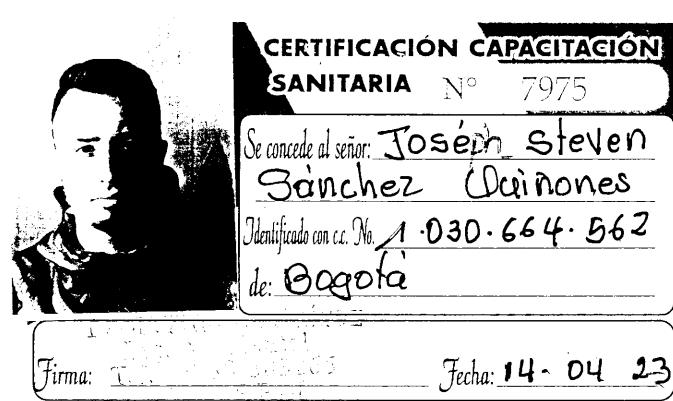
ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

COPIA FIRMADA EN LINEA



LTD07001312427



ASISTENCIA CAPACITACIÓN SANITARIA CONTINUA

03	01	23	4 horas
16	02	23	3 horas
14	04	23	3 horas

Tel: 374 70 96 Cel: 300 648 45 81 - 320 779 62 3

Nombre: JOSE STEVEN SANCHEZ

Germán Villegas
MEDICO GENERAL
C.C. 80633999 RM 527326
E.M.N.C

D. Identidad: 1.030 664 562 DE BOGOTA

Edad 27 Sexo M Fecha: 12 /04/2023

EXAMEN:

KOH UÑAS:

FROTIS DE GARGANTA:

S/S

Germán Villegas
Médico General
C.C. 80633999 RM. 527326
E.M.N.C.

RESULTADOS

NEGATIVO PARA HONGOS Y LEVADURAS

Diplococos Gram Negativos	++
Bacilos Gram Negativos	+
Reacción Leucocitaria	Escasa
Asociación fuso espirilar de vicent	Negativa

FROTIS DE GARGANTA NORMAL

Se expide certificado medico del paciente en mención, el cual no padece enfermedades infectocontagiosas de piel ni garganta, por lo cual puede vivir en comunidad; con exámenes paraclínicos normales, por lo que se considera apto(a) para manipular alimentos.

Formulario del Registro Único Tributario

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

14868673594



(415)7707212489964(8020) 0000014868673594

5. Número de identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 6 6 4 5 6 2	7	Impuestos de Bogotá	3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida	2 Cédula de Ciudadanía	1 0 3 0 6 6 4 5 6 2	2 0 1 4 0 4 0 8
Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.
31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	QUINONES	JOSEPH	STEVEN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Clase
----------------------	-----------

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9 Bogotá D.C.	1 1 Bogotá, D.C.

41. Dirección principal

CR 103 # 75 - 56 sur CA Recreo. Vizcaya 4 c

42. Correo electrónico Josephcdlm1996@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	3 2 2 3 3 0 7 1 7 6 45. Teléfono 2	3 1 4 3 4 8 9 8 2 4
-------------------	----------------	------------------------------------	---------------------

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades					
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código
4 9 2 3	2 0 2 2 0 2 1 0						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																									

49. - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	57. Servicio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
54. Código																									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO

60. N.º de Folios:

3

61. Fecha 2022-09-30 19:25:01

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 adslantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2013

Firma del solicitante:

984. Nombre SANCHEZ QUIÑONES JOSEPH STEVEN
985. Cargo Contribuyente

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.664.562**

SANCHEZ QUIÑONES

APPELLIDOS

JOSEPH STEVEN

NOMBRES

Joseph Steven Sanchez Q.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **02-ABR-1996**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

O+
G.S. RH

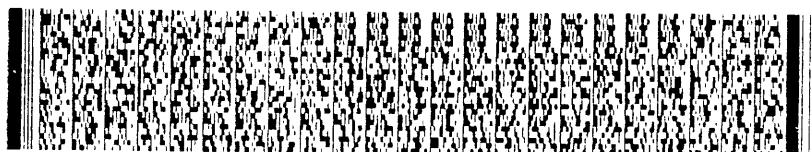
M
SEXO

08-ABR-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500130-00754422-M-1030664562-20151008

0046868689A 1

1943576725



Liberad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1030664562

NOMBRE

JOSEPH STEVEN SANCHEZ QUINONES

FECHA DE NACIMIENTO

02-04-1996

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

13-12-2021

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



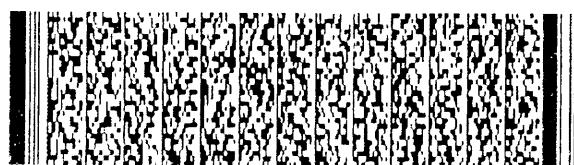
ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	13-06-2022	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	13-12-2031	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	13-12-2024	PUBLICO



00000000000000000000000000000000



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002421836



**CERTIFICACIÓN CAPACITACIÓN
SANITARIA N° 7975**

Se concede al señor: Joséph Steven
Sánchez Uainones

Identificado con c.c. N° 1.030.664.562
de: Bogotá

Firma:

Fecha: 14-04-23

ASISTENCIA CAPACITACIÓN SANITARIA CONTINUA

03 01 23

41 horas

16 02 23

3 horas

14 04 23

3 horas

12347096 CL-30064430570743

E.S.E.:		Fecha: 11 / 03 / 2024	
IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO			
ID vehículo:		Número de Inscripción:	Número de carpeta:
Nombre del establecimiento o lugar donde se realiza la inspección:			
Dirección donde se realiza la inspección:			
Localidad:			
UPZ:	Barrio:		
Nombre del propietario del vehículo:			
Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> Número: _____			
Correo electrónico para notificación*			
Dirección de Notificación:		Teléfono:	
Nombre del propietario del producto:			
Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> Número: _____			
Correo electrónico para notificación*			
Dirección de Notificación:		Teléfono:	
Línea de intervención:			
Clase de vehículo:		Tipo de carrocería:	
Modelo:	Marca:	Placa:	
Sistema de refrigeración: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Número de trabajadores:		Horario: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Días de funcionamiento: Lunes a viernes <input type="checkbox"/> Domingo a domingo Fin de semana <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>			
Tipo de productos que transporta:			
CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN			
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	Favorable <input type="checkbox"/>		% De cumplimiento de la última inspección %
	Favorable con requerimientos <input type="checkbox"/>		
	Desfavorable <input type="checkbox"/>		
MOTIVO DE LA INSPECCIÓN			
Programación <input type="checkbox"/>		Solicitud del interesado <input type="checkbox"/> Número de radicado:	Asociada a peticiones, quejas y reclamos <input type="checkbox"/> Número de radicado:
Solicitud oficial <input type="checkbox"/> Número de radicado:		Evento de interés en salud pública <input type="checkbox"/>	Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin <input type="checkbox"/>
Otro: <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
EVALUACIÓN		CALIFICACIÓN	
Aceptable	A	Marque con una X cuando el vehículo 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 vehículo cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.	
Inaceptable	I	Marque con una X cuando el vehículo no cumple con ninguno los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.	

1. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO

1. DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1 Diseño sanitario del vehículo. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367, 368, 369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)		12		

C

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

2. EQUIPOS 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		

C

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

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		

C

3.2 Reconocimiento Médico	A	AR	I	HALLAZGOS
(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)		4		

C

3.3 Prácticas higiénicas.	A	AR	I	HALLAZGOS
(Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35)		13		

C

CONTINUACIÓN 3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
	6			
3.4 Educación y Capacitación (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)				

C

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta
4. SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1 Limpieza del vehículo. (Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)	15			

C

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

C

C

II. CONCEPTO SANITARIO			
% De cumplimiento	CONCEPTO <small>Seleccione con una (X) el concepto sanitario a emitir</small>	Nivel de cumplimiento	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
	Favorable	90-100%	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.
	Favorable con requerimientos	60-89,9%	
	Desfavorable	<59,9%	
III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO			
Número total de muestras tomadas			
Número del acta de toma de muestras			
IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS			
Se debe ajustar el vehículo a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta			
V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD			
Congelación	<input type="checkbox"/>	Suspensión total de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>
Decomiso	<input type="checkbox"/>	Destrucción o desnaturalización	<input type="checkbox"/>
VI. OBSERVACIONES			
Por parte de la autoridad sanitaria:			
Observaciones por parte de la persona que atiende la inspección:			
VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA			
Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy <u>8</u> del mes de <u>Septiembre</u> del año <u>2012</u> en la ciudad de Bogotá D. C.			
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, propietario, representante legal, responsable del vehículo o quien atendió la inspección.			
NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de (5) días contados a partir de la realización de la visita.			
POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA		POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	
Nombre: <u>...</u>		Nombre: <u>...</u>	
Tipo de documento:		Tipo de documento:	
Número de documento:		Número de documento:	
Profesión u oficio:		Profesión u oficio:	
Firma: <u>...</u>		Firma: <u>...</u>	
PERSONA QUE ATIENDE LA INSPECCIÓN		TESTIGO	
Nombre: <u>...</u>		Nombre: <u>...</u>	
Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/>		Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/>	
Número de documento:		Número de documento:	
Cargo: Encargado <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/>		Firma: <u>...</u>	
Firma: <u>...</u>			