



Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10025036786

|  |                 |                   |                  |
|--|-----------------|-------------------|------------------|
| PLACA                                  | MARCA           | LÍNEA             | MODELO           |
| KSR051                                 | FOTON           | BJ1030V4JV2-BH    | 2022             |
| CILINDRADA CC                          | COLOR           | SERVICIO          |                  |
| 1.498                                  | BLANCO          | PÚBLICO           |                  |
| CLASE DE VEHÍCULO                      | TIPO CARROCERÍA | 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   |                   |                  |

RESTRICCIÓN 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

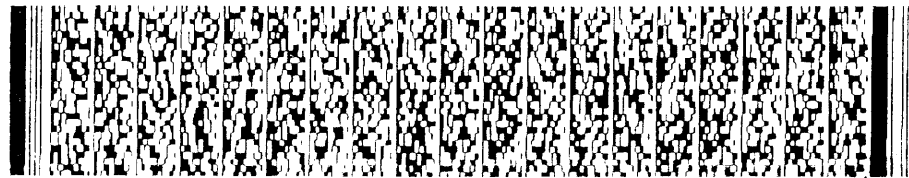
\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA



10025036786



LT07001312427



Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10025036786

|  |                 |                   |                  |
|--|-----------------|-------------------|------------------|
| PLACA                                  | MARCA           | LÍNEA             | MODELO           |
| KSR051                                 | FOTON           | BJ1030V4JV2-BH    | 2022             |
| CILINDRADA CC                          | COLOR           | SERVICIO          |                  |
| 1.498                                  | BLANCO          | PÚBLICO           |                  |
| CLASE DE VEHÍCULO                      | TIPO CARROCERÍA | 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   |                   |                  |

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE  
\*\*\*\*\*

POTENCIA HP  
102

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN  
352021000478555

VE FECHA IMPORT. PUERTAS  
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



002-TRC0001E71



LT07001312427



**CERTIFICACIÓN CAPACITACIÓN**  
**SANITARIA N° 7975**

Se concede al señor: José Steven  
Sánchez Osinones  
Identificado con c.c. No. 1.030.664.562  
de: Bogotá

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: 14-04-23

**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 43 81 - 320 279 62 31

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

Nombre: JOSE STEVEN SANCHEZ

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

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

14868673594



(415)7707212489984(8020) 000001486867359 4

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

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 3 0 6 6 4 5 6 2

27. Fecha expedición

2 0 1 4 0 4 0 8

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SANCHEZ

32. Segundo apellido

QUIÑONES

33. Primer nombre

JOSEPH

34. Otros nombres

STEVEN

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

42. Correo electrónico

josephcdm1996@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

52. Número establecimientos

4 9 2 3

2 0 2 2 0 2 1 0

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

Servicio

1

2

3

54. Código

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

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

X

NO

60. No. 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 adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2015

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SANCHEZ QUIÑONES JOSEPH STEVEN

985. Cargo Contribuyente

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.664.562

SANCHEZ QUIÑONES

APELLIDOS

JOSEPH STEVEN

NOMBRES

*Joseph Steven Sanchez Q.*

FIRMA



INDICE DERECHO

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

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00754422-M-1030664562-20151008

004686889A 1

1943576725



Libertad y Orden

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

No. 1030664562

NOMBRE

**JOSEPH STEVEN SANCHEZ QUIÑONES**

FECHA DE NACIMIENTO

**02-04-1996**

SANGRE-RH

**O+**

FECHA DE EXPEDICION

**13-12-2021**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

**SDM - BOGOTÁ D.C.**

**CATEGORIAS AUTORIZADAS**

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



VALID 102052 0020



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

**LC06002421836**

# SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

| FECHA DE EXPEDICIÓN |     |     | VIGENCIA               |     |     | HASTA |     |     |     |
|---------------------|-----|-----|------------------------|-----|-----|-------|-----|-----|-----|
| AÑO                 | MES | DÍA | DESDE LAS 00 HORAS DEL | AÑO | MES | DÍA   | AÑO | MES | DÍA |
| 2023                | 1   | 13  | 2023                   | 1   | 14  | 2024  | 1   | 13  |     |



ASEGURADORA

seguros  
**mundial**  
tu compañía siempre

|                                 |                          |                      |                               |                              |                           |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Nº. DE POLIZA.                  | PLACA Nº.                | CLASE DE VEHICULO    | SERVICIO                      | CILINDRAJE/VATIOS            | MODELO                    |
| 84496212 - 600004210            | KSR051                   | CARGA O MIXTOS       | PUBLICO                       | 1498                         | 2022                      |
| PASAJEROS                       | MARCA                    | FOTON                |                               |                              | CARROCERIA                |
| 2                               | LÍNEA VEHICULO           | BJ1030V4JV2-BH       |                               |                              | FURGON                    |
| Nº. MOTOR                       | No. CHASIS o No. SERIE   |                      | No. VIN                       |                              | CAPACIDAD TON.            |
| 210003431ZLB                    | LVAV2JVB5NE302613        |                      | LVAV2JVB5NE302613             |                              | 1,09                      |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR |                          | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | Nº. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
| JOSE OLIVERIO SANCHEZ ROLDAN    |                          | 3124485026           | CC                            | 80492444                     | BOGOTA D.C.               |
| CÓDIGO DE ASEGURADORA           | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR      | Nº. FORMULARIO                | CIUDAD EXPEDICIÓN            |                           |
| 1317                            | 444                      | 13158                | 84496212                      | 11001                        |                           |

| TARIFA        | PRIMA SOAT | CONTRIBUCION FOSYGA | TASA RUNT | AMPAROS POR VICTIMA  | HASTA               |   |
|---------------|------------|---------------------|-----------|--|---------------------|---|
| 31            | \$ 537.000 | \$ 279.200          | \$ 2.100  | A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13 <sup>1</sup> | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)             |
| TOTAL A PAGAR |            |                     |           | B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS           | 701,68 <sup>2</sup> |   |
| \$ 818.300    |            |                     |           | C. INCAPACIDAD PERMANENTE                                    | 8,77                | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
|               |            |                     |           | D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS                                | 180                 |   |
|               |            |                     |           |  | 750                 |   |

FIRMA AUTORIZADA

<sup>1</sup>Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.  
<sup>2</sup>Para las demás tarifas no citadas en (1).

¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TERCERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?

Seguro  
Ter-

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasionas daños materiales a otros.  
Consulta más información con el aliado con quien adquieras este SOAT o ingresa en: [www.segurotercerero.com](http://www.segurotercerero.com)

#### Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerda portar siempre tu SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerda verificar que tu póliza está registrada en el RUNT.
- Si estás atento al momento en que debes renovar tu póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas y sanciones, 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.
- Adquiere tu SOAT en lugares autorizados.

#### En caso de accidente de tránsito:

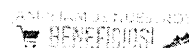
- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para iniciar la atención requerida por las víctimas.
- El servicio prestado de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 063 de 1993). En caso contrario, denunciando ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

#### Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro otorgado la aseguradora coincide a que ya previamente existe una póliza vigente registrada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expediendo se modifica de tal forma que inicia vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

#### Haheas data

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, la cual puede ser consultada en [www.segurosmondial.com.co/gestor](http://www.segurosmondial.com.co/gestor). Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos. Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.



Con la compra y/o renovación de un SOAT eres parte del Club Ter Beneficiario Mundial, donde podrás acceder a beneficios y programas para ti, tu familia y/o tus mascotas en diferentes establecimientos de comercio a nivel nacional: [registro.tubeneficiariomundial.com](http://registro.tubeneficiariomundial.com)

Solo tienes que registrarte y **Digitally signed by COMPANIA** prima auto pública, **MUNDIAL DE SEGUROS SA** distribuidora.

Date: 2023.01.13 21:29:59 -05:00





**CERTIFICACIÓN CAPACITACIÓN  
SANITARIA N° 7975**

Se concede al señor: Joséph Steven  
Sánchez Quinones

Identificado con c.c. No. 1.030.664.562  
de: Bogotá

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: 14-04-23

**ASISTENCIA CAPACITACIÓN SANITARIA CONTINUA**

|    |    |    |                |
|----|----|----|----------------|
| 03 | 01 | 23 | <u>4 horas</u> |
| 16 | 02 | 23 | <u>3 horas</u> |
| 14 | 04 | 23 | <u>3 horas</u> |

Tel: 374 70 96 Cel: 300 642 43 01 - 300 772 62 31

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| E.S.E.:   |  | Fecha:  |   |
| <b>IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO</b>  |  |   |   |
| 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: <input type="checkbox"/> |   |
| 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:   |  |   |   |
| <b>CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN</b>   |  |   |   |
| FECHA DE LA<br>ÚLTIMA<br>INSPECCIÓN   | Favorable <input type="checkbox"/>                                       | % De cumplimiento<br>de la última inspección  | % |
|   | Favorable con<br>requerimientos <input type="checkbox"/>                 |   |   |
|   | Desfavorable <input type="checkbox"/>                                    |   |   |
| <b>MOTIVO DE LA INSPECCIÓN</b>  |  |   |   |
| Programación <input type="checkbox"/>   | Solicitud del interesado<br>Número de radicado: <input type="checkbox"/> | Asociada a peticiones, quejas<br>y reclamos<br>Número de radicado: <input type="checkbox"/>   |   |
| Solicitud oficial<br>Número de radicado: <input type="checkbox"/>   | Evento de interés en salud pública <input type="checkbox"/>              | Solicitud de práctica de pruebas/<br>Procesos sancionatorios admin <input type="checkbox"/>   |   |
| Otro: <input type="checkbox"/> Especifique:   |  |   |   |
| <b>EVALUACIÓN</b>   |  | <b>CALIFICACIÓN</b>   |   |
| Aceptable   | <b>A</b>   | Marque con una X cuando el vehículo cumple la <b>totalidad</b> de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.     |   |
| Aceptable con Requerimiento   | <b>AR</b>  | Marque con una X cuando el vehículo cumple <b>parcialmente</b> los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.        |   |
| Inaceptable   | <b>I</b>   | Marque con una X cuando el vehículo no cumple con <b>ninguno</b> 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 <b>Diseño sanitario del vehículo.</b><br>(Decreto 561 de 1984, Art. 98.<br>Decreto 2278/1982 Art. 365, 367,<br>368, 369 y 373. Decreto 616 de<br>2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59.<br>Resol. 2674/2013. Art. 29,<br>Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004.<br>Art. 4.)                       | 12 |    |  | <div>C</div> |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE   |    |    | La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta |              |
| 2. EQUIPOS Y UTENSILIOS   | A  | AR | I  | HALLAZGOS    |
| 2.1 <b>Condiciones de los utensilios.</b><br>(Decreto 561 de 1984, Art. 98.<br>Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368.<br>Resolución 2505 de 2004, Art. 4.<br>Resol. 2674/2013. Art. 29,<br>Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2.<br>Resoluciones 683, 4142 y 4143<br>de 2012; 834 y 835 de 2013.) | 12 |    |  | <div>C</div> |
| 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 <b>Estado de salud.</b><br>(Resol. 2674/2013. Art. 11,<br>Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)  | 13 |    |  | <div>C</div> |
| 3.2 <b>Reconocimiento Médico</b><br>(Resolución 2674 de 2013,<br>Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)   | 4  |    |  | <div>C</div> |
| 3.3 <b>Prácticas higiénicas.</b><br>(Resolución 2674/2013,<br>Artículo 14, Numerales 1, 2, 3,<br>4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14.<br>Artículo 36. Artículo 35   | 13 |    |  |              |

| CONTINUACIÓN<br>3. PERSONAL MANIPULADOR<br>DE ALIMENTOS   | A  | AR | I | HALLAZGOS  |
|---|----|----|---|--|
| 3.4 Educación y Capacitación<br>(Resolución 2674/2013,<br>Artículos 12 y 13. Artículo 36.)  | 6  |    |   |  |
| 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.<br>(Resolución 2674/2013.<br>Art. 29, Núm. 4 y 5.)   | 15 |    |   |  |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE   |    |    |   | La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta |
| 5. VERIFICACIÓN SOBRE<br>EL PRODUCTO  | A  | AR | I | HALLAZGOS  |
| 5.1 Condiciones de conservación<br>del producto.<br>(Decreto 2278/1982 Art. 368,<br>369, 373. Decreto 561 de 1984,<br>Art. 89, 97, 98, 99.<br>Resol. 2674/2013. Art. 29,<br>Núm. 6, 7, 8. Art. 30,<br>Parágrafo 1 y 2.) | 20 |    |   |  |
| 5.2 Empaque, Rotulado y vida útil.<br>(Decreto 561 de 1984, Art. 73.<br>Decreto 5109 de 2005.<br>Resol. 2674/2013. Art. 19,<br>Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)   | 5  |    |   |  |

| II. CONCEPTO SANITARIO |                              |   |                       |
|------------------------|------------------------------|---|-----------------------|
| % De cumplimiento      | CONCEPTO                     | Seleccione con una (X) el concepto sanitario a emitir | Nivel de cumplimiento |
|                        | Favorable                    |   | 90-100%               |
|                        | Favorable con requerimientos |   | 60-89,9%              |
|                        | Desfavorable                 |   | <59,9%                |

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.

| III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO |  |
|---|--|
| Número total de muestras tomadas                            |  |
| 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>14</u> del mes de <u>junio</u> del año <u>2020</u> en la ciudad de Bogotá D. C.<br>De la presente acta se deja copia en poder del interesado, propietario, representante legal, responsable del vehículo o quien atendió la inspección.<br>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:                             |  | Nombre:                             |  |
| Tipo de documento:                  |  | Tipo de documento:                  |  |
| Número de documento:                |  | Número de documento:                |  |
| Profesión u oficio:                 |  | Profesión u oficio:                 |  |
| Firma:                              |  | Firma:                              |  |

| PERSONA QUE ATIENDE LA INSPECCIÓN   |  | TESTIGO   |  |
|---|--|---|--|
| Nombre:   |  | Nombre:   |  |
| 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:  |  |
| Firma:  |  |   |  |