

# Richard Albeiro Murillo Guevara

## Profesión / Conductor



- celular: 3145096409
- E-mail: [richardlamenta7901@gmail.com](mailto:richardlamenta7901@gmail.com)
- Ubicación: Bogotá D.C
- Edad: 43 años
- Estado Civil: unión libre
- 

Conductor de carga pesada con 20 años de experiencia en transporte de mercancía.

Domino muy bien las prácticas de conducción segura y de las leyes de tráfico, experiencia en el mantenimiento y en las reparaciones menores del vehículo, Comprometido con la seguridad y el éxito del transporte de mercancía.

## EXPERIENCIA

### Transportador de carga con prestación de servicio – Independiente

LIFTIT CARGO

07/02/2020 - Presente

- Transporte y entrega de mercancía para diferentes clientes

### Transportador de carga con prestación de servicio – Independiente

Trac tocar

2019 - 2020

- Transportaba y entregaba mercancía a diferentes clientes

### Transportador de carga con prestación de servicios – Independiente

Nexos Cargo

2018 - 2020

- Transportaba y entregaba mercancía a diferente cliente



### Bachillerato-validation 2020



- ◆ Sebastián Quintero Manrique  
Despachador y coordinador de  
mercancía  
Cel: 3205648101- 3132714896

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **79.954.957**  
**MURILLO GUEVARA**

APELLIDOS  
**RICHARD ALBEIRO**

NOMBRES

  
FIRMA



ÍNDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO **07-ENE-1980**

**BOGOTA D.C.**  
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

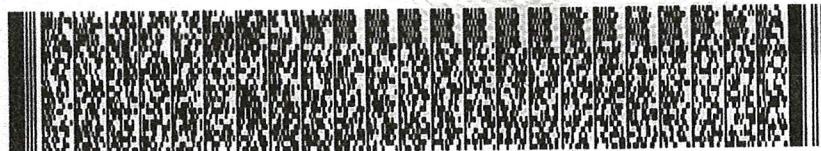
**1.69**      **O+**  
ESTATURA      G.S. RH

**M**  
SEXO

**26-MAY-1998 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1500150-01052188-M-0079954957-20181220

0063862278A 1

9906953826

ESTADO CIVIL



VALID 142452 09/20

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002424605



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE



Liberad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10017177276

PLACA  
**UPP132**

MARCA  
**HYUNDAI**

LÍNEA  
**HD 72**

MODELO  
**2007**

CILINDRADA CC  
**3.907**

COLOR  
**BLANCO**

SERVICIO  
**PÚBLICO**

CLASE DE VEHÍCULO  
**CAMION**

TIPO CARROZERÍA  
**FURGON**

COMBUSTIBLE  
**DIESEL**

CAPACIDAD Kg/PSJ  
**3201**

NÚMERO DE MOTOR  
**D4DB6281669**

REG  
N

VIN  
\*\*\*\*\*

NÚMERO DE SERIE  
\*\*\*\*\*

REG N  
NÚMERO DE CHASIS  
**KMFGA17BP7C041694**

REG  
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)  
**MURILLO GUEVARA RICHARD ALBEIRO**

IDENTIFICACIÓN  
**C.C. 79954957**

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

**0**

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

I/E FECHA IMPORT.

PUERTAS

**14308010557044**

**06/02/2006**

**2**

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MÁTRICULA

**12/10/2006**

FECHA EXP. LIC. TTO.

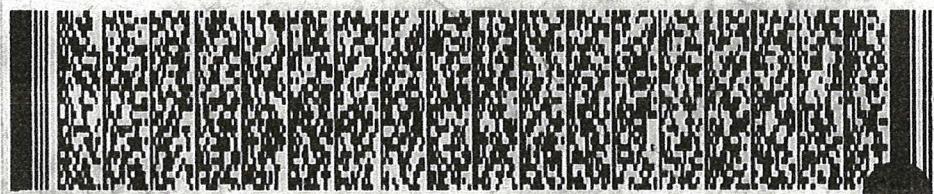
**07/11/2018**

FECHA VENCIMIENTO

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

**STRIA TTEYMOV CUND/LA CALERA**



LT01007870320



# CERTIFICADO DE CAPACITACION MANEJO HIGIENICO DE ALIMENTOS



Nº de Certificado.

8632

Nombre:

RICHARD ALBEIRO MURILLO GUEVARA  
79.954.957 De BOGOTA



11/02/2023

11/02/2024

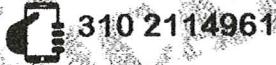
FECHA DE EXPEDICION

FECHA DE VENCIMIENTO

Certificamos al portador del presente documento haberse capacitado en el Manejo Higienico de alimentos con una intensidad de 10 horas, en cumplimiento con la resolucion 2674/2013

Este carnet es personal e intransferible, no es valido  
en fotocopia o con enmendaduras

Sí encuentra este carnet comuníquese con



310 2114961

[certificatefs@gmail.com](mailto:certificatefs@gmail.com)

Firma autorizada

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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

60. Asunto:  Cl.  No.

60. Nro. de Folio:

61. Fecha:



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

Libertad y Orden

**RUNT**  
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO



## CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 160288336

### DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA AVENIDA SEXTA SAS

NIT: 900135773

No. de Certificado de  
Acreditación: 09-OIN-011-001

Fecha de expedición: 2022/07/15

Fecha de vencimiento: 2023/07/15

### DATOS VEHÍCULO

PLACA: UPP132

CLASE: CAMION

MARCA: HYUNDAI

MODELO: 2007

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 3907

NRO. MOTOR: D4DB6281669

NRO. CHASIS: KMFGA17BP7C041694

VIN:

LÍNEA: HD 72

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: RICHARD A. MURILLO G.

### FIRMA DEL RESPONSABLE

EDITH RANGEL ARIZA

# SOAT

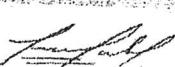
PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECIA DE EXPEDICIÓN AÑO / MES / DÍA 2022-07-13	VIGENCIA DESDE AÑO / MES / DÍA LAS 00 HORAS DEL 2022-07-14	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL 2023-07-13
--	---	--



  
**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

No. DE PÓLIZA 10707300121240	PLACA No. UPP132	CLASE VEHÍCULO CARGA O MIXTO	SERVICIO PÚBLICO	CILINDRAJE/IVA 3907	MODELO 2007												
PASAJEROS 2	MARCA HYUNDAI	LÍNEA VEHÍCULOS HD 72	CARROCERÍA FURGON														
NO. MOTOR D4DB6281669	No. CHASIS ó NO. SERIE KMFGA17BP7C041694		No. VIN	CAPACIDAD TON 3.20													
APPELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR MURILLO GUEVARA, RICHARD ALBEIRO																	
CÓDIGO DE ASEGURADORA AT1329		TELÉFONO DEL TOMADOR 3145096409	TIPO DE DOCUMENTO DEL CC	NO. DE DOCUMENTO DEL 79954957	Ciudad Residencia TOMADOR BOGOTA D.C.												
TARIFAS 310	PRIMA SOAT \$ 480600	CONTRIBUCIÓN \$ 249900	TASA RUNT \$ 1900	NO. FORMULARIO 0	Ciudad Expedición BOGOTA D.C.												
<table border="1"> <tr> <td>AMPAROS POR A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS.</td> <td>HASTA 800</td> <td>SALARIO</td> </tr> <tr> <td>B. INCAPACIDAD PERMANENTE</td> <td>180</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS</td> <td>750</td> <td>MÍNIMOS</td> </tr> <tr> <td>D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS</td> <td>10</td> <td>LEGALES DIARIOS</td> </tr> </table>						AMPAROS POR A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS.	HASTA 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
AMPAROS POR A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS.	HASTA 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															
																	

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 lea atentamente 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 debe 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 pueda negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1992). 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. (sus 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.

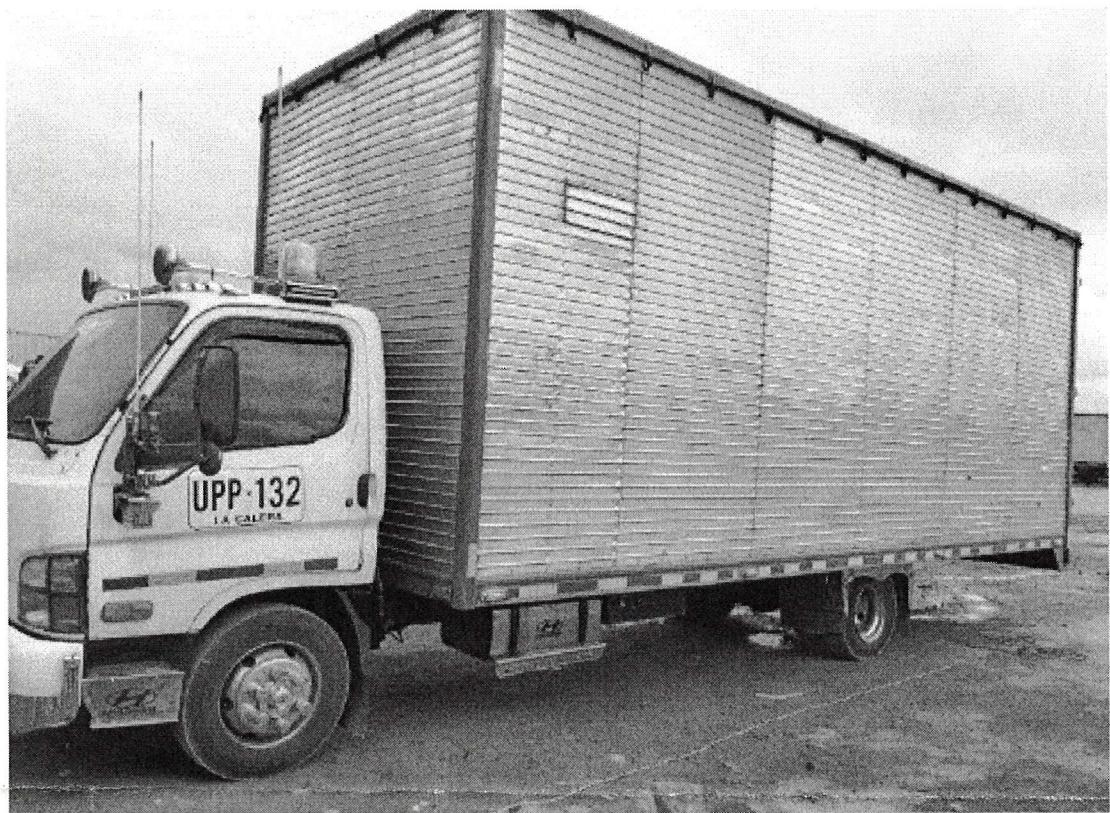
c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.

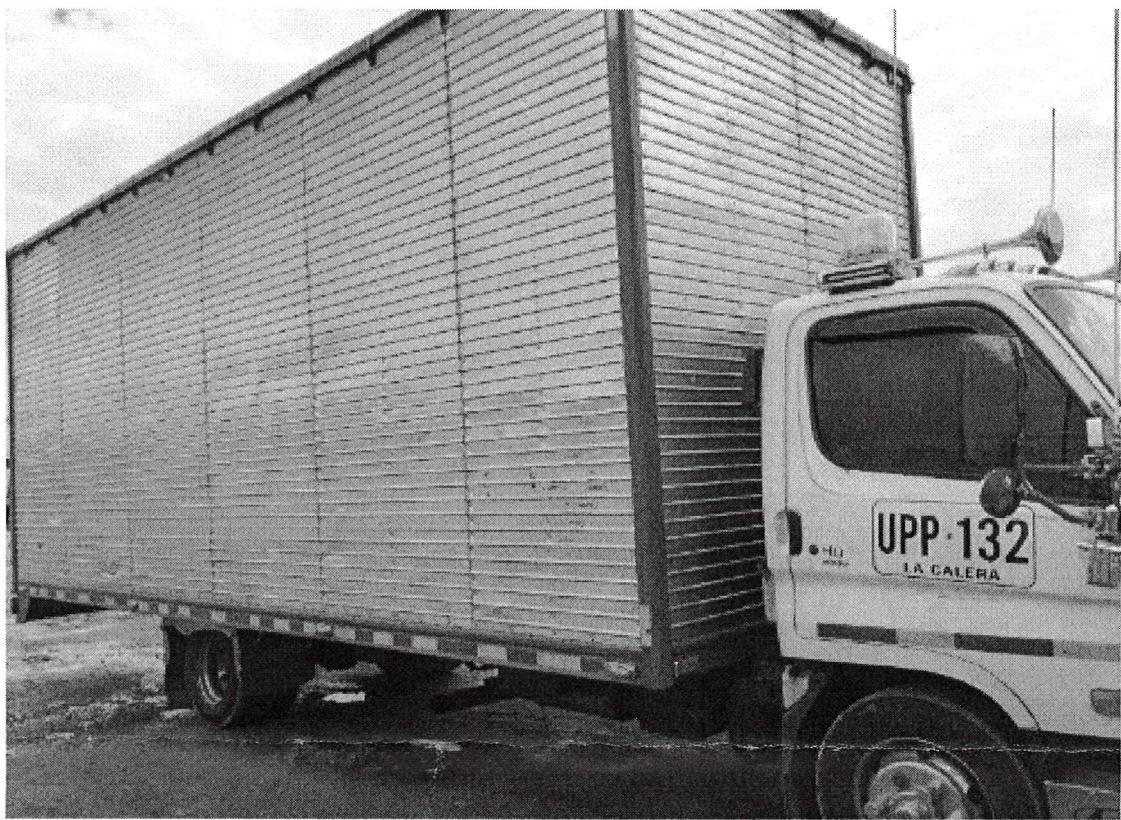
d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente a través de sus canales de comercialización.

Se da 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.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com) y [www.segurosdevidelestado.com](http://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](http://www.segurosdelestado.com) y [www.segurosdevidelestado.com](http://www.segurosdevidelestado.com)
- Consultas: Correo electrónico: [info@segurosdelestado.com](mailto:info@segurosdelestado.com)





E.S.E.: <i>Subred Norte</i>	Fecha: <i>05 MM AAAA</i>		
<b>IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO</b>			
ID vehículo: <i>Nuevo</i>	Número de Inscripción: <i>29554</i>	Número de carpeta:	
Nombre del establecimiento o lugar donde se realiza la inspección: <i>CDA 21 Negra</i>			
Dirección donde se realiza la inspección: <i>C1 94 C57 40</i>			
Localidad: <i>Barrios Unidos</i>	UPZ: <i>Andes</i> Barrio: <i>Ricnegró</i>		
Nombre del propietario del vehículo: <i>Richard Albeiro Muñoz Guevara</i>			
Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/>		Número: <i>79954957</i>	
Correo electrónico para notificación*: <i>No tiene</i>			
Dirección de Notificación: <i>C1 23 C 96 6 76</i>		Teléfono: <i>3145096409</i>	
Nombre del propietario del producto: <i>Richard Albeiro Muñoz Guevara</i>			
Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/>		Número: <i>79954957</i>	
Correo electrónico para notificación*: <i>No tiene</i>			
Dirección de Notificación: <i>C1 23 C 96 9 76</i>		Teléfono: <i>3145096409</i>	
Línea de intervención: <i>Alimentos Sano y Seguro</i>			
Clase de vehículo: <i>camion</i>	Tipo de carrocería: <i>Furgon</i>		
Modelo: <i>2007</i>	Marca: <i>Hyundai</i>	Placa: <i>UPP 132</i>	
Sistema de refrigeración: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Número de trabajadores: <i>1</i>	Horario: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas <input checked="" 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: <i>Grosos cereales confiteria</i>			
<b>CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN</b>			
<b>FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN</b>  <i>DD MM AAAA</i>	Favorable <input type="checkbox"/>	% De cumplimiento de la última inspección	%
	Favorable con requerimientos <input type="checkbox"/>		
	Desfavorable <input type="checkbox"/>		
<b>MOTIVO DE LA INSPECCIÓN</b>			
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: _____			
<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 des- critos 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 des- critos 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.	
Crítico	<b>C</b>	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el vehículo continúe ejerciendo sus labores.	

\*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

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.)	X 12	6	0	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	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.)	X 12	6	0	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	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.)	X 13	6,5	0	
3.2 Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	X 4	2	0	
3.3 Prácticas higiénicas. (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	X 13	6,5	0	

<b>II. CONCEPTO SANITARIO</b>			
% De cumplimiento	CONCEPTO <small>Seleccione con una (X) el concepto sanitario a emitir</small>	Nivel de cumplimiento	<small>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.</small>
92	Favorable	90-100%	<small>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.</small>
	Favorable con requerimientos	60-89,9%	
	Desfavorable	<59,9%	
<b>III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO</b>			
Número total de muestras tomadas			
Número del acta de toma de muestras			
<b>IV. REQUERIMENTOS SANITARIOS</b>			
Se debe ajustar el vehículo a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta			
<b>V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD</b>			
Congelación	<input type="checkbox"/>	Suspensión total de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>
Decomiso	<input type="checkbox"/>	Destrucción o desnaturalización	<input type="checkbox"/>
<b>VI. OBSERVACIONES</b>			
Por parte de la autoridad sanitaria: <i>No se verifica todo lo que se inspeccionó en el vehículo sin carga.</i>			
Observaciones por parte de la persona que atiende la inspección: <i>Ninguna</i>			
<b>VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA</b>			
Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy <u>DB</u> del mes de <u>OM</u> del año <u>2013</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.			
<b>POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA</b>		<b>POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA</b>	
Nombre: <u>Ricardo Albeiro Martínez Gómez</u>	Nombre:		
Tipo de documento: <u>CC</u>	Tipo de documento:		
Número de documento: <u>1014629274</u>	Número de documento:		
Profesión u oficio: <u>Técnico en Sistemas</u>	Profesión u oficio:		
Firma: <u>Ricardo Albeiro Martínez Gómez</u>	Firma:		
<b>PERSONA QUE ATIENDE LA INSPECCIÓN</b>		<b>TESTIGO</b>	
Nombre: <u>Ricardo Albeiro Martínez Gómez</u>	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: <u>74954952</u>	Número de documento:		
Cargo: Encargado <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/>	Firma:		
Firma: <u>Ricardo Martínez</u>			

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, se da por comunicado que la imposición de un concepto sanitario desfavorable y/o de una medida sanitaria de seguridad de la Ley 9 de 1979, se iniciará una investigación administrativa en salud, conforme los términos establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011"

NOTA 2: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarreara las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"