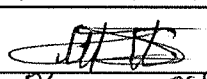
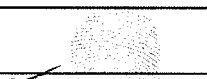


Calla:
-5

| SOLICITUD PARA VINCULAR VEHICULO DE TRANSPORTE DE CARGA | | | | OPERACIÓN | | |
|---|------------------|--------------------------|---|----------------------------------|-----------------------|------|
| CATEGORIA | | TRANSPORTE DE CARGA | | Antilana | | |
| DATOS DEL VEHICULO Y PROPIETARIO | | | | | | |
| Nombre Responsable | | | Custodio Garcia Najar | | Teléfono: 311 2194903 | |
| Nombres del Propietario | | | Custodio Garcia Najar | | RUT # | |
| Documento de identidad | | 19331037 | Teléfonos | 311 2194903 | | |
| Dirección Residencia | | Cl 181 # 80-37 | E-mail | Custodio Garcia Najar @gmail.com | | |
| Datos del Vehículo | Placa | WD7354 | Marca: | Chvrolet | Modelo año: | 2016 |
| | Tipo: Pax /Carga | Carga Ref | Capac. Kg | 1300 | Cilindraje: | 271 |
| | | Número | Compañía | | Vigencia Día/Mes/Año | |
| SOAT | | Pruvora | | | 12/01/26 | |
| TECNOMECANICA | | Itac SAS | | | 17/06/26 | |
| INVIMA | | Basota | | | 19/11/25 | |
| FUMIGACION | | | | | | |
| DATOS DE LOS CONDUCTORES AUTORIZADOS | | | | | | |
| Nombres Conductor 1 | | Jose Rubel Muñillo Chala | | Teléfonos | CARNT. MANIPULACION | |
| Documento de identidad | | 80.452307 | 322742064 | | 23/03/26 | |
| Licencia de Conducción | | 80402307 | Vencimiento | 18/09/26 | | |
| EPS Afiliado(a) | | ARL Afiliado(a) | Pensión Afiliado(a) | | Tipo de Sangre | |
| NUTRA EPS | | | COL Pensiones | | O+ | |
| Dirección Residencia | | Cl 181 # 80-16 SUR. | E-mail | marta corre dor 8045@gmail.com | | |
| Referencia amigo(a) | | YURI SILVA | Teléfono | 3213032850 | | |
| Referencia Familiar | | JOSÉ MUÑILLO | Teléfono | 3204191170 | | |
| Referencia Familiar | | Marta Corredor | Teléfono | 3102024053 | | |
| Nombres Conductor 2 | | | | | | |
| Documento de identidad | | | | Teléfonos | | |
| Licencia de Conducción | | | | Vencimiento | | |
| EPS Afiliado(a) | | ARL Afiliado(a) | Pensión Afiliado(a) | | Tipo de Sangre | |
| Dirección Residencia | | | | E-mail | | |
| Referencia Familiar | | | | Teléfono | | |
| Referencia amigo(a) | | | | Teléfono | | |
| Referencia amigo(a) | | | | Teléfono | | |
| <p>Manifestación voluntaria de querer vincular el vehículo de transporte especial y/o carga liviana para trabajar mediante convenio de colaboración y aceptación de las políticas de la Compañía: Acepto voluntariamente vincular el vehículo de placas: _____ de mi propiedad a CERCANOS RED TRANSACCIONAL SAS y/o CERCANOS TRAVEL CLUB, para atender el contrato de Transporte de Pasajeros firmado entre CERCANOS RED TRANSACCIONAL SAS y TRASLADOS Y LOGISTICA TRANSPORTE SAS. Acepto pagar los gastos de estudio, trámites de la vinculación y capacitación a que hubiese lugar, sin derecho a reclamar devolución alguna, una vez diligenciada y entregada la solicitud de vinculación. Me comprometo a cumplir con las políticas de la compañía en materia de confidencialidad de toda la información recibida, y la que recibiere de los potenciales usuarios del servicio de transporte de pasajeros y/o carga. Acepto que Cercanos no se hará responsable por compromisos de tránsito, ni por costos de inmovilización en el desarrollo y ejecución de dicho contrato. Acepto las oportunidades de prestar servicios de transporte de pasajeros o carga bajo mi responsabilidad y sujeto a las políticas de calidad, servicio y tarifas de Cercanos Travel Club, comprometiéndome a cumplir las órdenes de servicio que me asignen y yo acepte, con excelentes prácticas de servicio al cliente, honestidad, respeto y fidelidad con CERCANOS. Acepto pagar a CERCANOS los fees por concepto de servicios que me autoricen a recaudar a los clientes y Socios del CLUB CERCANOS. Me comprometo junto con los conductores asignados al vehículo afiliado a hacer buen uso de los canales de comunicación interna, mantener en buen estado los distintivos, papelería, tecnologías y demás objetos promocionales, que llegase a recibir de la Compañía so pena de recibir y pagar las sanciones definidas por CERCANOS. Me comprometo a mantener en buen estado mecánico y de limpieza el vehículo afiliado, además de exigir una excelente presentación del (los) conductor del mismo. Acepto y me comprometo a registrar todo servicio de transporte de pasajeros o carga que con mi vehículo preste a los afiliados a Cercanos Club o potenciales usuarios registrándolos con nombre y documento de identidad, entregarles el carnet y recibo de pago de Cercanos y hacerles firmar el micro contrato de afiliación o representación si fuese necesario. Acepto que CERCANOS incluya mis datos y los del conductor(es) en aplicaciones de georeferenciación, plataformas de registro y control para el envío de mensajes de texto, correos electrónicos y reporte ante centrales de riesgo o entidades de control del Estado. Acepto hacer parte del círculo de la excelencia en calidad y prestación del servicio. Me comprometo a divulgar los buenos valores y servicio de la compañía CERCANOS a todos los clientes y a no atender de forma directa a ninguno de ellos so pena de la desvinculación del vehículo de forma inmediata de CERCANOS y del conductor asignado.</p> | | | | | | |
| Aviso legal: Cercanos Red Transaccional SAS se reserva el derecho de aceptar o rechazar la presente solicitud sin comunicar las razones que la motivaron. | | | | | | |
| Firma de aceptación del Propietario y/o conductor administrador del vehículo | | | Firma de Aceptación de parte de Cercanos Red Transaccional SAS | | | |
|  | | |  | | | |
| En Bogotá, D.C. a los 16 del mes de Octubre de 2025 | | | En Bogotá, D.C. a los _____ del mes de _____ de 20 _____ | | | |

Cercanos Red Transaccional. Formato #001



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. **10026255579**

| | | | |
|------------------------|---------------------------|---------------------|-----------------------|
| PLACA WDZ354 | MARCA CHEVROLET | LÍNEA NHR | MODELO 2016 |
|------------------------|---------------------------|---------------------|-----------------------|

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| CILINDRADA CC 2.771 | COLOR BLANCO GALAXIA | SERVICIO PÚBLICO |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------|

| | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| CLASE DE VEHÍCULO CAMIONETA | TIPO CARROCERÍA FURGON | COMBUSTIBLE DIESEL | CAPACIDAD Kg/PSJ 1380 |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|

| | | |
|----------------------------------|-----------------|---------------------------------|
| NÚMERO DE MOTOR 1S1258 | REG N | VIN 9GDNLR555GB000397 |
|----------------------------------|-----------------|---------------------------------|

| | | | |
|---|-----------------|--|-----------------|
| NÚMERO DE SERIE 9GDNLR555GB000397 | REG N | NÚMERO DE CHASIS 9GDNLR555GB000397 | REG N |
|---|-----------------|--|-----------------|

| | |
|--|--|
| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) GARCIA NAJAR CUSTODIO | IDENTIFICACIÓN C.C. 19331037 |
|--|--|

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

| | |
|-------------------|--------------------------|
| BLINDAJE ***** | POTENCIA HP 89 |
|-------------------|--------------------------|

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
32014001981152

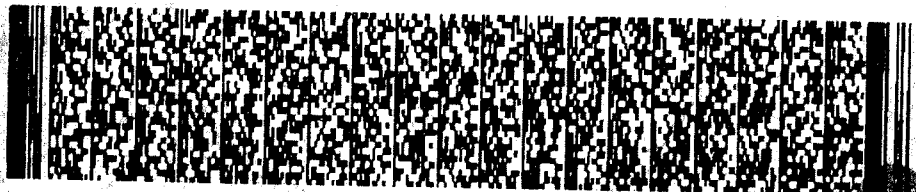
| | | |
|----------|-------------------|----------|
| VE | FECHA IMPORT. | PUERTAS |
| 1 | 13/12/2014 | 2 |

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

| | | |
|--------------------------------------|---|----------------------------|
| FECHA MATRÍCULA 29/04/2015 | FECHA EXP. LIC. TTD. 01/06/2022 | FECHA VENCIMIENTO ***** |
|--------------------------------------|---|----------------------------|

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA DE TTOYTTE MEDELLIN



LT02007129040

SOAT



POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES Y CUERPOALES A LAS PERSONAS EN MOVIMIENTO ACTIVO

| | | |
|--|---|--|
| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO MES DÍA 2025-01-12 | VIGENCIA DESDE AÑO MES DÍA LAS 00 HORAS DEL 2025-01-13 | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL 2026-01-12 |
|--|---|--|

| | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------|
| No. DE PÓLIZA 3308005779908000 | PLACA No. WDZ354 | CLASE VEHÍCULO CARGA O MIXTO | SERVICIO PUBLICO | CILINDRAJE/VATIOS 2771 | MODELO 2016 |
| PASAJEROS 2 | MARCA CHEVROLET | LÍNEA VEHICULO NHR | CARROCERÍA FURGON | | |

| | | | |
|---------------------|---|------------------------------|------------------------|
| No. MOTOR 1S1258 | No. CHASIS ó No. SERIE 9GDNLR555GB000397 | No. VIN 9GDNLR555GB000397 | CAPACIDAD TON. 1.38 |
|---------------------|---|------------------------------|------------------------|

| | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| APellidos y Nombres del Tomador GARCIA NAJAR, CUSTODIO | TELÉFONO DEL TOMADOR 3208545696 | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR CC | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR 19331037 | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR BARBOSA |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------------------|
| CÓDIGO DE ASEGURADORA AT1324 | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA 33 | CLAVE PRODUCTOR 13931 | No. FORMULARIO 0 | CIUDAD EXPEDICIÓN BOGOTA D.C |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------------------|

| | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------|---|--|--|
| TARIFA 310 | PRIMA SOAT \$ 580700 | CONTRIBUCIÓN FOSYGA \$ 301900 | TASA RUNT \$ 2100 | AMPAROS POR VICTIMA A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS C. INCAPACIDAD PERMANENTE D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | HASTA 263,13 ¹ 701,68 ² 8,77 HASTA 180 750 | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| TOTAL A PAGAR \$ 884700 | | | | | | |

FIRMA AUTORIZADA

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

RECUERDE QUE:

- Es obligatorio portar la póliza de SOAT sin importar el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A.
- La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento, usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en papel de seguridad; impresión física en papel común tamaño carta con código QR; en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar del correo electrónico y/o el mensaje de texto con el link de consulta, enviado por La Previsora S.A.
- En caso de tener inquietudes sobre el proceso, marque desde su teléfono móvil al #345, para recibir la asesoría necesaria.

Se debe imprimir la póliza, que se envía a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil, esto con el fin de evitar inconvenientes con la autoridad de tránsito.

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.
- Adquiera su 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 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.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A., modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.

Habeas Data:

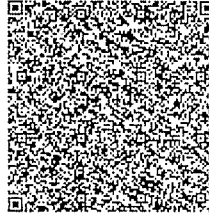
Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquirí, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podrá ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de internet www.previsora.gov.co



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. 181843402

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: ITAC SAS CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTRIZ INSPECCIÓN
TÉCNICA AUTOMOTRIZ DE COLOMBIA SAS
NIT: 900147803 No. de Certificado de Acreditación: 09-OIN-090-001
Fecha de expedición: 2025/06/17 Fecha de vencimiento: 2026/06/17

DATOS VEHÍCULO

PLACA: WDZ354 CLASE: CAMIONETA
MARCA: CHEVROLET MODELO: 2016
SERVICIO: Público COMBUSTIBLE: DIESEL
CILINDRAJE: 2771 NRO. MOTOR: 1S1258
NRO. CHASIS: 9GDNLR555GB000397 VIN: 9GDNLR555GB000397
LÍNEA: NHR
COLOR: P: ANCO GALAXIA
NOMBRE PROPIETARIO: CUSTODIO GARCIA N.

FIRMA DEL RESPONSABLE
NUNO ANDRE PINTO HENRIQUES



PROTHERMO



ASOCIADOS S.A.S.

900.041.871-9

Técnicos Especializados
en Aire Acondicionado
Refrigeración

Mantenimiento
Reparación
Instalación

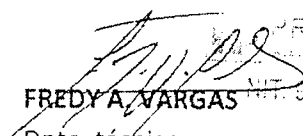
CERTIFICACION

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA UNIDAD DE REFRIGERACION MARCA: CARRIER DE REFERENCIA: CITIMAX 500 INSTALADA EN VEHICULO DE PLACAS: WDZ 354 DE PROPIEDAD DEL SEÑOR: CUSTODIO GARCIA NAJAR IDENTIFICAD(@) CON C.C : 19.331.037 SE LE A REALIZA REVISION GENERAL.

LA UNIDAD SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE FUNCIONAMIENTO.

BOGOTA (16) DE MAYO DE DOS MIL VEINTICINCO (2025).

ATTE


FREDY A. VARGAS
Dpto. técnico

PROTHERMO
ASOCIADOS S.A.S.

900.041.871-9

PARA CUALQUIER INFORMACIÓN POR FAVOR COMUNICARSE A LOS NUMEROS

(601) 3573357 - 319 416 34 80

Av. Calle 17 No. 81 B - 53 int. 2 Tel. 746 7269
contabilidad@prothermoasociados.com



ACER SAS
CONTROL DE PLAGAS

NIT. 900.392.727-1

CERTIFICACION DE FUMIGACION Y DESINFECCION A VEHICULOS

Que el Señor:

C.C. No.

Al Vehículo de Placas:

GARCIA NAJAR CUSTODIO

19.331.037

WDZ-354

Realizo tratamiento de:

Tipo Insecticida

Tipo Desinfección

Productos Utilizados:

Insecticida: SPEE 3 EW REG. SANITARIO No. RGSP-332-2013

Desinfección: DRYQUAT REG. INVIMA No. NSOH03846-15CO

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION: BOGOTA D.C. JULIO 28 DE 2.025

ACER FUMIGACIONES S.A.S

NIT: 900.392.727-1

ACER FUMIGACIONES S.A.S.

NIT. 900.392.727-1

CALLE 17A No.100-51 TELS.4040495-2678686

CONCEPTO SANITARIO

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ - ACTA No.SQ07C- 005322 DE ABRIL 25 /2.025



E.S.E.: SURCO CENTRO ORIENTE Fecha: 19 / 11 / 2014

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

ID vehículo: 13232 Número de Inscripción: 19410 Número de carpeta: 13232

Nombre del establecimiento o lugar donde se realiza la inspección: PLAZA DE MERCADO LAS FLORES

Dirección donde se realiza la inspección: NO 70 SUR 804 12

Localidad: KENNEDY

UPZ: COBABAJO Barrio: COBABAJO

Nombre del propietario del vehículo: CUSTODIO GARCIA NAJAR

Tipo de documento: C.C. C.E. NIT PEP PS PTP Número: 19331037

Correo electrónico para notificación* CUSTODIOGARCIA NAJAR@GMAIL.COM

Dirección de Notificación: CL 181 80 37 INT 1 Teléfono: 311194403

Nombre del propietario del producto: CUSTODIO GARCIA NAJAR

Tipo de documento: C.C. C.E. NIT PEP PS PTP Número: 19331037

Correo electrónico para notificación* CUSTODIOGARCIA NAJAR@GMAIL.COM

Dirección de Notificación: CL 181 80 37 INT 1 Teléfono: 311194403

Línea de intervención: ALIMENTOS JANOS Y JEUROS

Cuenta con autorización sanitaria de transporte: SI NO

Clase de vehículo: CAMIONETA Tipo de carrocería: FURGON

Modelo: 2016 Marca: CHEVROLET Placa: WDR 354

Caja, contenedor o cisterna, con aislamiento térmico (isotermo): SI NO

Sistema de frío: SI NO

Número de trabajadores: 02 Horario: Diurno Nocturno 24 horas Otro:

Días de funcionamiento: Lunes a viernes Domingo a domingo Fin de semana Otro:

Tipo de producto que transporta: Pollo Cerdo Bovino Productos cárnicos comestibles (Visceras)
Otras especies, cuál?

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN SANITARIA

| | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---|---|-------|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | DD MM AAAA <u>12 04 2013</u> | Favorable <input checked="" type="checkbox"/> | % De cumplimiento de la última inspección | 100 % |
| | | Favorable con requerimientos <input type="checkbox"/> | | |
| | | Desfavorable <input type="checkbox"/> | | |

MOTIVO DE LA INSPECCIÓN

| | | |
|--|---|--|
| Programación <input checked="" type="checkbox"/> | Solicitud del interesado <input type="checkbox"/> | Asociada a peticiones, quejas y reclamos <input type="checkbox"/> |
| Solicitud oficial <input type="checkbox"/> | Evento de interés en salud pública <input type="checkbox"/> | Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin <input type="checkbox"/> |
| Número de radicado: | | |
| Otro: <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="checkbox"/> | | |

EVALUACIÓN

| | | |
|-----------------------------|-----------|---|
| 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. |

*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

EVALUACIÓN

| | | |
|-------------|-----------|--|
| Inaceptable | I | Marque con una X cuando el vehículo no cumple con ninguno los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar |
| No aplica | NA | Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del vehículo y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos. |
| Crítico | C | 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. |

I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO

| 1. REQUISITOS DEL VEHÍCULO | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---------|-----|---|-----------|
| 1.1 Diseño sanitario del vehículo (Resolución 3009/2010, Artículo 68 Numeral 1.1, 1.2, 1.5; Resolución 2505/2004, Artículo 4.; Resolución 240/2013, Artículo 131 Numeral 1.1, 1.2, 1.5, 3.7; Resolución 242/2013, Artículo 56 Numeral 1.1, 1.2, 1.7, 3.6.). | 11 X | 5,5 | 0 | C |

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

11

La calificación del bloque corresponde al 11% del total del acta

| 2. REQUISITOS EQUIPOS Y UTENSILIOS | A | AR | I | HALLAZGOS |
|--|---------|-----|---|-----------|
| 2.1 Condiciones de los equipos y utensilios (Resolución 2505 de 2004, Artículo 4. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; Resoluciones 834 y 835 de 2013; Resolución 3009/2010, Artículo 68 Numeral 1.3, 1.4, 2.1, 2.2; Resolución 240/2013, Artículo 131 Numeral 1.3, 1.4, 2.1, 2.2; Resolución 242/2013, Artículo 56 Numeral 1.3, 1.4, 2.1, 2.2). | 11 X | 5,5 | 0 | C |

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

11

La calificación del bloque corresponde al 11% del total del acta

| 3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS | A | AR | I | HALLAZGOS |
|--|---------|-----|---|---|
| 3.1 Estado de salud (Resolución 3009/2010, Artículo 15 Numeral 1, Artículo 68 Numeral 4.1, Resolución 240/2013, Artículo 14 Numeral 1, Artículo 15, Artículo 131 Numeral 4; Resolución 242/2013, Artículo 13, Artículo 14, Artículo 56 Numeral 4.1). | 11 X | 5,5 | 0 | Personal en aparente buen estado de salud, conceptos médicos vigentes |

| Continuación 3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS | A | AR | I | HALLAZGOS |
|--|---------|-----|---|---|
| 3.2 Reconocimiento médico (Resolución 3009/2010, Artículo 15 Numeral 1, Artículo 68 Numeral 4.1, Resolución 240/2013, Artículo 14 Numeral 1, Artículo 15, Artículo 131, Numeral 4; Resolución 242/2013, Artículo 13, Artículo 14, Artículo 56 Numeral 4.1). | 4 X | 2 | 0 | Presento reconocimientos médicos vigentes |
| 3.3 Prácticas higiénicas (Resolución 3009/2010 Artículo 15 Numeral 3; Resolución 240/2013, Artículo 14 Numeral 3, Artículo 17; Resolución 242/2013, Artículo 13 Numeral 3, Artículo 16). | 11 X | 5,5 | 0 | |
| 3.4 Educación y capacitación (Resolución 3009/2010 Artículo 15 Numeral 2, Artículo 68 Numeral 4.1, Artículo 69 Numeral 1 y 2; Resolución 240/2013, Artículo 14 Numeral 2; Artículo 132, Numeral 1; Resolución 242/2013, Artículo 13 Numeral 2, Artículo 57 Numeral 1). | 6 X | 3 | 0 | Se observó capacitación continua y permanente, adaptación en los contenidos vistos en el Plan de capacitación |

C

C

C

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

32

La calificación del bloque corresponde al 32% del total del acta

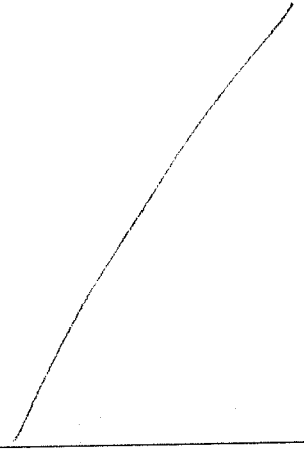
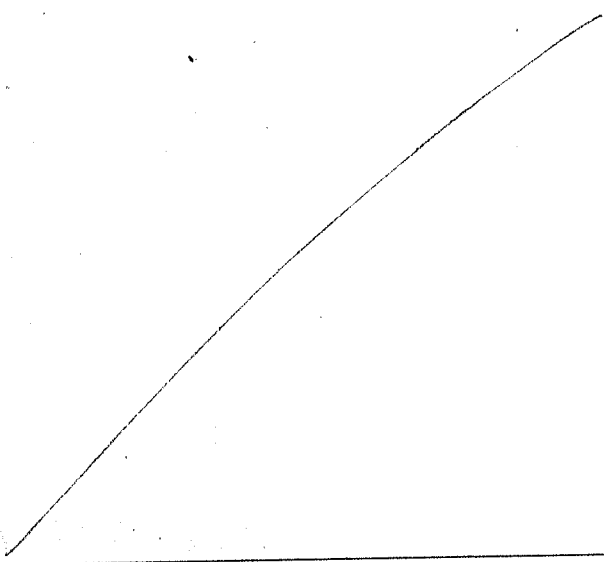
| 4. SANEAMIENTO | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---------|-----|---|-----------|
| 4.1 Limpieza del vehículo (Resolución 3009/2010, Artículo 68 Numeral 4.2 y párrafo; Resolución 240/2013, Artículo 131 Numeral 4.1 y su párrafo; Resolución 242/2013, Artículo 56 Numeral 4.2, 4.3). | 11 X | 5,5 | 0 | |

C

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

11

La calificación del bloque corresponde al 11% del total del acta

| 5. REQUISITOS HIGIENICOS | A | AR | I | HALLAZGOS |
|---|---------|-----|---|---|
| <p>5.1 Procedencia de la materia prima</p> <p>(Ley 09/1979, Artículo 344; Resolución 402 de 2002, Artículo 5; Resolución 5109 de 2005; Decreto 1500/2007, Artículo 39 Numeral 2; Resolución 3009/2010 Artículo 68 Numeral 3.1; Resolución 240/2013, Artículo 62, 114, 131 Numeral 3.1; Resolución 242/2013, Artículo 56, Numeral 3.1).</p> | 11 X | 5,5 | 0 | <p>Avicola Miloc</p>  |
| <p>5.2 Condiciones de transporte</p> <p>(Resolución 3009/2010, Artículo 68 Numeral 3.2, 3.3, 3.4, 3.5; Resolución 240/2013, Artículo 131 Numeral 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 Resolución 242/2013, Artículo 56 Numeral 3.2, 3.4, 3.5, 3.6).</p> | 11 Y | 5,5 | 0 |  |
| <p>5.3 Cadena de frio</p> <p>(Decreto 1500/2007, Artículo 39; Resolución 3009/2010, Artículo 66 Numeral 3; Resolución 240/2013, Artículo 129 Numeral 3; Resolución 242/2013 Numeral 4).</p> | 13 Y | | 0 | <p>Temperatura dentro del vehículo 1.5°C, no llevo producto cargado</p> |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | 35 |
| La calificación del bloque corresponde al 35% del total del acta | | | | |

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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. |
|-------------------|---|-----------------------|--|
| 100 | X Favorable | 80-100% | |
| | Desfavorable | <79,9% | |

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL VEHÍCULO

| | |
|-------------------------------------|---|
| 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: Se realizaron hallazgos propios de la visita de inspección según normatividad sanitaria vigente, se realizaron medidas de saneamiento de agua y mitigar problemas en salud pública en la categoría de autoregistro y desarrollo de CC.

Observaciones por parte de la persona que atiende la inspección:

Ninguna David Lopez

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 19 del mes de NOV del año 2019 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>Daniela Torres Huitan</u> | Nombre: <u>Jessica Arango</u> |
| Tipo de documento: <u>CC</u> | Tipo de documento: <u>C.C.</u> |
| Número de documento: <u>1101178115</u> | Número de documento: <u>1013692037</u> |
| Profesión u oficio: <u>Ingeniero de alimentos</u> | Profesión u oficio: <u>Tecnóloga en Saneamiento Ambiental</u> |
| Firma: <u>Daniela Torres M</u> | Firma: <u>Jessica Arango</u> |
| PERSONA QUE ATIENDE LA INSPECCIÓN | TESTIGO |
| Nombre: <u>Juan David Herrera Forero</u> | Nombre: <u>/</u> |
| 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"/> | 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>1019488690</u> | Número de documento: <u>/</u> |
| Cargo: Encargado <input type="checkbox"/> Conductor <input checked="" type="checkbox"/> | Firma: <u>/</u> |
| Firma: <u>Juan David Herrera</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, acarrearán 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"

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.331.037**

GARCIA NAJAR

APELLIDOS

CUSTODIO

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1956**

CIENEGA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

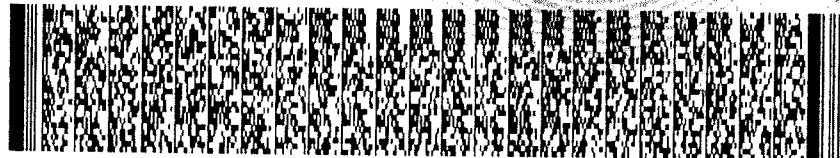
1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

07-MAR-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00132977-M-0019331037-20081202

0007410442A 1

1350017802

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14960018792



(415)7707212489984(8020) 000001496001879 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 9 3 3 1 0 3 7

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 9 3 3 1 0 3 7

27. Fecha expedición

1 9 7 7 0 3 0 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GARCIA

32. Segundo apellido

NAJAR

33. Primer nombre

CUSTODIO

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Siglas

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

CL 181 8 D 37 IN 1 BRR SAN ANTONIO

42. Correo electrónico

custodiogarcianajar@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 2 1 9 4 9 0 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 9 2 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 6, 0 2, 1 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

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

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:

0

61. Fecha

2023 - 10 - 30 / 13 : 24 : 23

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 VALENCIA ZAPATA JOSE GILDARDO

985. Cargo Gestor I




HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

| | |
|-------------------------|---|
| Fecha 18 09 2025 | Empleo o cargo al que aspira CONDUCTOR |
|-------------------------|---|

I. INFORMACIÓN GENERAL (*) Respuesta opcional Art. 10 de la Ley 10 de 1972 y Art. 6 de la Convención 110 de 1977

| | | |
|--|--|---|
| Apellido(s) del aspirante Murillo Chala | Nombre(s) del aspirante Jose Rusbel |  |
| Fecha de nacimiento 17 10 1990 | Lugar de nacimiento Dolores, Tolima | |
| Dirección domicilio / Barrio Carretera 81 # 1a-22 | Ciudad Bogota | |
| Teléfono 3222420629 | Nº. Celular 322 242 0629 | |
| Correo electrónico martacorredor8045@gmail.com | Nacionalidad Colombiano | |

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| Profesión, ocupación u oficio Conductos u oficios varios | (*) Estado civil Unión libre | Años de experiencia laboral 20 años |
|---|---------------------------------|--|

DOCUMENTACIÓN (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

| | | |
|--|---|---|
| Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 80 452.307 | (**) Libreta militar No. _____ | Primera clase: <input type="checkbox"/> |
| Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedición en: Bogotá | Distrito No. _____ | Segunda clase: <input type="checkbox"/> |
| Tarjeta profesional No. _____ | ¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No | Licencia de conducción No. 80.452.307 |
| | | Categoría C2 |

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Mi experiencia como conductor me permite poseer habilidades para desempeñarme en las labores asignadas demostrando mis conocimientos en el transporte de mercancía y pasajeros brindando seguridad y buen desempeño.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

| | | |
|---|---|--|
| ¿Esta trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | ¿En que empresa? Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input checked="" type="checkbox"/> | Tipo de contrato |
| ¿Trabaja antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | Fecha |
| ¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | Nombre | Dependencia |
| ¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> | Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? |
| ¿Acepta trabajar en una escuela o institución educacionalmente certificada? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Vive en casa: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendador <input checked="" type="checkbox"/> | Nombre del arrendador |
| ¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | Describalo e indique su valor mensual | Teléfono |
| ¿Por que conceptos? | Arrendo servicios Alimentación | ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 5 años |
| ¿Cuál es su principal actividad? | Arrendo servicios Alimentación | ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000 |
| ¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Cuál(es)? | ¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ |
| ¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Cuál(es)? | |

19706005
7 702124 007813

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

| | | | | | |
|--|--|---|----------|-----------------------|--------------------------|
| Nombre esposa(o) o compañera(o) Marta Corredor | | Profesión, ocupación u oficio Amo de Casa | | Empresa donde trabaja | |
| Cargo actual | | Dirección Cra 81 # 1ª 22 sur | Teléfono | | Ciudad Bogotá' |
| No. de personas que dependen económicamente de usted 1 | | Parentesco Esposa | | Edades 50 | |
| Nombre(s) padre(s) Jorge Murillo | | Profesión, ocupación u oficio Latonero | | Teléfono(s) | |
| Nombre(s) hermano(s) | | Profesión, ocupación u oficio | | Teléfono(s) | |

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| ESTUDIOS | AÑO DE FINALIZACIÓN | AÑOS CURSADOS | TÍTULO OBTENIDO | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | CIUDAD | |
|---|---------------------|------------------------|---|--|--------------------------|--------------|
| Primaria | 1982 | 5 | Primaria | San Juan | San Juan | |
| Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | 1986 | 9 | Bachiller Básico | Ins. Edu. San Juan | San Juan | |
| Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Posgrados | | | | | | |
| Otros: cursos, diplomados, seminarios. | Intensidad horaria | Nombre del programa | | Institución | | |
| Otros: cursos, diplomados, seminarios. | Intensidad horaria | Nombre del programa | | Institución | | |
| ¿Cursa estudios actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | ¿Qué tipo de estudios? | | Duración (años, semestres, meses) | Año / semestre que cursa | |
| Nombre de la institución | | | Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> | Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/> | | |
| OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%) | | | | | | |
| Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | 1. _____ | | R B MB | 3. _____ | | R B MB |
| ¿Qué programas maneja? | 2. _____ | | R B MB | 4. _____ | | R B MB |
| Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | 1. _____ | | Escucha R B MB | Lectura R B MB | Escritura R B MB | Habla R B MB |
| ¿Qué idioma(s) conoce? | 2. _____ | | R B MB | R B MB | R B MB | R B MB |

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA O MÁS DETALLES EN LA ÚLTIMA PÁGINA DE ENUNCIOS ADICIONALES ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| Nombre de la última o actual empresa Discocarga S.A.S | | Actividad Económica Transporte | Dirección Cra 38 # 10-90 | | Teléfono(s) 3202756497 | |
| Cargo(s) desempeñado(s) por usted Conductor | | Área del cargo Transporte | Fecha Ingreso 07/02/2020 | Fecha Retiro 02/03/2021 | Sueldo Inicial \$ SMLV. | Sueldo Final \$ SMLV |
| Funciones realizadas Conductor a nivel nacional y urbano | | | | | | |
| Nombre de su jefe inmediato Nidia Bello | | | Cargo Gerente | | | |
| Logros obtenidos | | | | | | |
| Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> | | ¿Cuánto tiempo? | Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> | Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? | Prestación de servicios | |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> | | Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> | | Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/> | | |
| Motivo del retiro Cancelación de la empresa | | | | | | |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| Nombre de la empresa H.Y.S Logística | Actividad Económica Transporte | Dirección | Teléfono(s) 3184650385 |
| Cargo(s) desempeñado(s) por usted Conductor urbano | Área del cargo Transporte | Fecha Ingreso 018/04/22 | Fecha Retiro 015/01/23 |
| Funciones realizadas Conductor urbano y transporte nacional | | Sueldo Inicial \$ SMLV | Sueldo Final \$ SMLV |
| Nombre de su jefe inmediato Robinson Matta | Cargo Jefe de despachos | | |
| Logros obtenidos | | | |
| Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? | | Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? | |
| Fijo <input type="checkbox"/> | | Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> Obra labor | |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 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 Retiro voluntario | | | |

| | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| Nombre de la empresa Luis Hache Ingy Arquitectos | Actividad Económica Construcción | Dirección Cra 58 # 169A - 55 | Teléfono(s) 6694378 |
| Cargo(s) desempeñado(s) por usted Conductor | Área del cargo | Fecha Ingreso 01/06/23 | Fecha Retiro 015/04/24 |
| Funciones realizadas Transporte de material para construcción | | Sueldo Inicial \$ SMLV | Sueldo Final \$ SMLV |
| Nombre de su jefe inmediato María Erley Cardenas | Cargo Jefe de Personal | | |
| Logros obtenidos | | | |
| Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto 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"/> Obra labor | |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 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 Retiro voluntario | | | |

VII. REFERENCIAS PERSONALES

| Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores | | | |
|--|------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 1. | Nombre | Ocupación | Dirección |
| | Yury Silva | Opeadora de Aseo | Calle 1a # 82-7sur |
| | Camilo Corredor | Empleado | Calle 1a # 82-7sur |
| Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente | | | |
| 1. | Nombre | Ocupación | Dirección |
| | Edgar Avila | Independiente | Cra 87c # 5b-39sur |
| 2. | Nombre | Ocupación | Dirección |
| | Andres Aquilar | Independiente | |

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



| | | |
|---|---|---|
| Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros lo avisaremos, gracias. | Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis). | Firma del solicitante X Jose Murillo c.c. 80459307 |
|---|---|---|



INDICE.DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1970

DOLORES
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

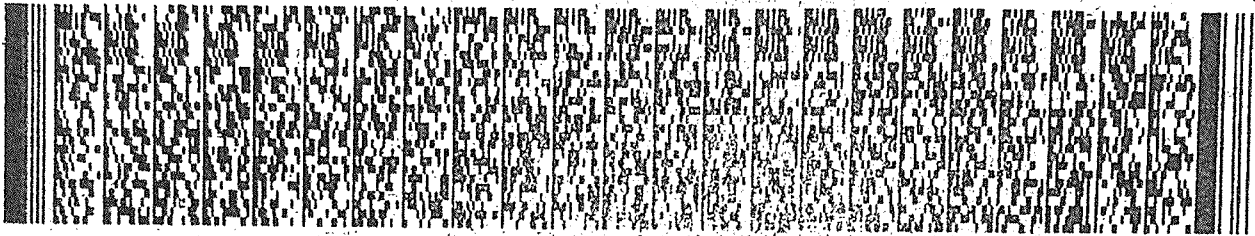
1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

11-SEP-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

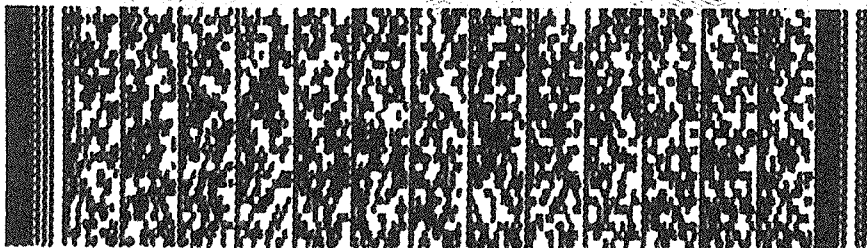
Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0718100-00146731-M-0080452307-20090116 0009465627H 1 23199893

CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | FECHA | USO |
|-----------|---|------------|------------|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE. | 18-09-2033 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 18-09-2033 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 18-09-2026 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

1 C02005953933

HOJIER GARTNER 2302370523



Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá S.A.
NIT. 909.989.004 - 1

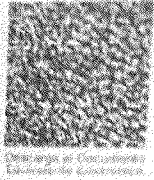
LAG
María Arribas García
Bogotá, Colombia

Para el reparto ZONA: 5 CICLO: R5 RUTA: R55647

BIMESTRAL

11221327
Cuenta contrato
Num. de identificación
de este predio

12475072414
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA ARIAS

Dirección del predio
CL 18 82 16

Barrío: MARIA PAZ Localidad: KENNEDY

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca: ITRON AQUADA Tipo: VOLLOTRON
Serie: 01488078298 Diámetro pulgadas: 1 1/2

Periodo facturado: MAY/21/2025 - JUL/18/2025

Pago oportuno: AGO/25/2025

Suspensión: AGO/28/2025

Fecha de recepción factura: OCT/16/2025
Fecha y hora de expedición factura: AGO/08/2025 05:31:55
Fecha y hora de generación factura: AGO/08/2025 12:14:55

Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento. En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

En este periodo consumiste la misma cantidad de agua que en el anterior. Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

Enlace a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

21646

cadena

249831 1224

Tu consumo en este periodo

En los 3 periodos anteriores tu promedio de consumo fue 33m³



Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo



Promedio al día



En este periodo consumiste la misma cantidad de agua que en el anterior.

Datos de la lectura de tu medidor

| | | | |
|-------------------------|------|--------------------------|------------------------|
| Lectura este periodo | 4038 | Facturada con | Distrito para cobros |
| Lectura anterior | 4037 | Base promedio | Hibrida (Módulo 1 y 2) |
| Tu consumo este periodo | 33 | Descargue fuente alterna | Consumo totalizadora |

Datos de tu medidor

| | | | |
|-------|-------------------------|-------------------|--------------|
| Marca | ITRON AQUADIS COMPOSITE | Tipo | VOL110150160 |
| Serie | 0148A079268 | Diámetro pulgadas | 1 1/2 |

Para reducir tu consumo, recuerda:



Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.



Usar la lavadora con la carga completa.



Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

Tu cobro en este periodo

Acueducto
\$99.404,44

+

Alcantarillado
\$99.399,82

+

Otros cobros
\$26.184-

A

B

C D E F

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas con letras de abajo.

Escanea y paga virtual



Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página.

Total ingresos del periodo

ingresos que la EAAB (CSE) reporta a SUNAT en el periodo anterior

Total a pagar

\$172.619

CIDE (Código Único de Documento Electrónico) 40605373730093924rb585187b1e1204f36c30a9157e02241af57713d313176c908d0dc67063724ee31430736ee

Detalle de tu consumo este bimestre

| Carga | A Acueducto | | | | B Alcantarillado | | | | Tarifa*** | Total (Tarifa + Carga) | |
|---|-------------|----------------|-----------------------------|------------------|------------------|----------------|-----------------------------|------------|------------|------------------------|---------------------|
| | Cent. | Valor unitario | Aporte (-) o Subsidio (+)** | Valor | Cent. | Valor unitario | Aporte (-) o Subsidio (+)** | Valor | | | |
| Carga fija residencial (m ³) | 7,00 | \$9.504,77 | -40 | \$7.004,77 | 2,00 | \$4.517,81 | -40 | \$3.004,77 | \$7.710,59 | \$5.421,92 | |
| Consumo residencial básico (m ³) | 22,00 | \$7.636,30 | -40 | \$3.199,99 | 22,00 | \$3.893,40 | -40 | \$2.354,74 | \$7.330,03 | \$51.360,80 | |
| Consumo residencial superior básico (m ³) | 11,00 | \$3.636,30 | 0 | \$0 | 11,00 | \$3.893,40 | 0 | \$3.893,40 | \$3.893,40 | \$42.217,40 | |
| Consumo no residencial (m ³) | | | | | | | | | | | |
| Subtotal | | | | \$39.803- | | | | | | \$37.768 | \$109.399,82 |

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ mensuales (22m³ bimestrales). ** (+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3.

*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %, si hay un aporte, se agrega un %.

Tasas ambientales

Estas tarifas ya están incluidas en el consumo residencial básico y superior a básico. (Ley 19 de 1992)

| | |
|---|--------------|
| Tarifa consumo básico (\$/m ³) | \$17,12 |
| Tarifa consumo superior a básico (\$/m ³) | \$0,00 |
| Total por consumo facturado | \$377 |

Tasa Uso (Acueducto)

| | |
|--|---------|
| | \$17,12 |
| | \$0,00 |
| | \$377 |

Tasa Retributiva (Alcantarillado)

| | |
|--|---------|
| | \$51,97 |
| | \$80,63 |
| | \$2.096 |

1. El pago de este servicio se realiza en efectivo o mediante transferencia bancaria a la cuenta de la EAAB (CSE) en el Banco de la Nación, en el Banco de Pichincha o en el Banco de Guayaquil.

C Otros conceptos

| Concepto | Valor |
|-------------------------|----------------|
| Índice a la decena | \$3- |
| D-bien, con vital total | \$26.184- |
| Subtotal | 26.184- |

D Cobros a terceros

| Concepto | Valor |
|-----------------|------------|
| | \$0 |
| Subtotal | \$0 |

E Conceptos financiados

| Concepto | No. Cuota | Valor Cuota | Interés | Total | Saldo |
|-----------------|-----------|-------------|---------|-------|-------|
| | | | | | |
| Subtotal | | | | | |

F Saldos anteriores

| Concepto | Valor |
|-----------------|------------|
| | \$0 |
| | \$0 |
| | \$0 |
| Subtotal | \$0 |

G Deudas en estudio

| Concepto | Valor |
|-----------------|------------|
| | \$0 |
| Subtotal | \$0 |

Pague por su página web, app y billetes



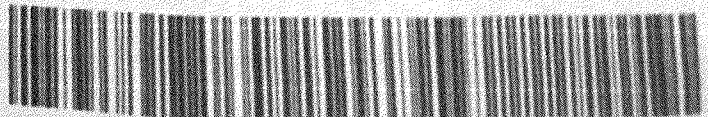
Red CADE Consulta de usuarios y estados de cobros en: www.bogota.gov.co/ver/estado-cobros

La EAAB (CSE) se hace responsable de los cobros de este servicio. Dirección: Simón Bolívar 2000, Casa de la Paz, Ciudad de Bogotá, Colombia. Teléfono: 01 (57) 313 2000

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
\$172.619

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO
FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.

Nota: Este documento es equivalente al documento de pago de servicios públicos domiciliarios. El pago solo podrá efectuarse en Servicio al Cliente (CADE) o en un comercio autorizado.



21646

Sabores
de origen



CERTIFICADO No. 240102

Nombre: JOSE MURILLO

c.c.No. 80.452.307 Cargo Conductor

Asistió y cumplió con el Programa del Curso:

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Según Resolución 2674 de 2013
con una intensidad de 10 horas

CERTIFICADO VALIDO POR UN AÑO

Para constancia se firma en la fecha: 23/03/2025
BOGOTA

Jenny Trujillo
Jenny Trujillo
Gerente de Alimentos

JENNY TRUJILLO TOLEDO

Gerente de Alimentos - M.P. 2525475550CND

Encargada de la capacitación sanitaria

Nov 23 2025 - E-mail:trujillot@gmail.com - csaboreso@gmail.com

"Hace parte del plan de capacitación continuada"