Alimentos para Aprender PAE | Si Posible | UT CHIQUINQUIRÁ | La educación es de todos | Mineducación

SKL 921



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

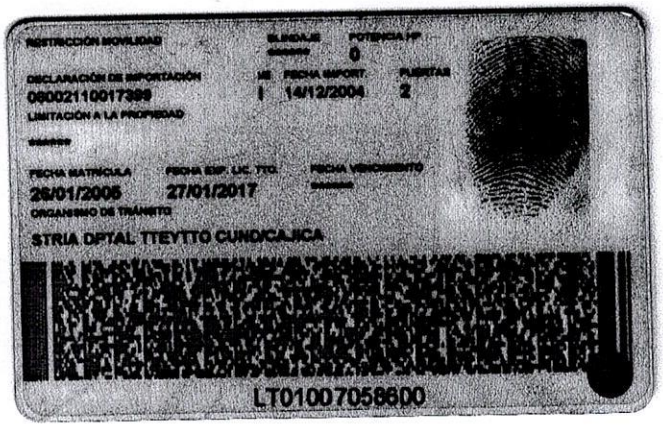
Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10013309122

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SKL921	CHEVROLET	NKR	2006
CILINDRADA CC	COLOR		SERVICIO
2.771	PLATA ESCUNA		PÚBLICO
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PAS
CAMIONETA	FURGON	DIESEL	3000
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
176222	N	******	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GDNKR5525B002988	N	9GDNKR5525B002988	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES — IDENTIFICACIÓN

PORRAS CRUZ FRANKY ANDREY — C.C. 1053328497


RESTRICCIÓN MOVILIDAD
CILINDRAJE
POTENCIA HP
0
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
08002110017389
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
MODELO
FECHA IMPORT.
14/12/2004
PUESTOS
2
FECHA MATRICULA
26/01/2006
FECHA EXP. LIC. TTO.
27/01/2017
FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRANSITO
STRIA DPTAL TTEYTTO CUNDICAJICA
LT01007058600

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. 157712699

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CONTROL AUTOS DE CHINQUIQUIRA

NIT: 900250268

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-107-001

Fecha de expedición: 2022/01/25

Fecha de vencimiento: 2023/01/25

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SKL921

CLASE: CAMIONETA

MARCA: CHEVROLET

MODELO: 2005

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 2771

NRO. MOTOR: 176222

NRO. CHASIS: 9GDNKR5525B002866

VIN:

LÍNEA: NKR

COLOR: PLATA ESCUNA

NOMBRE PROPIETARIO: FRANKY A. PORRAS C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

EDGAR HERNANDO AVILA PERDOMO

SOAT

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

FECHA DE EXPEDIC. AÑO MES DIA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO MES DIA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO MES DIA
2022-01-26	2022-01-27	2023-01-26

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VA TON	MODELO
13662200006440	SKL921	CARGA O MIXTO	PUBLICO	2771	2005

PASAJER	MARCA	CARROCERÍA
2	CHEVROLET	FURGON

LÍNEA VEHICUL	
NKR	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON
176222	9GDNKR5525B002866		3.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
PORRAS CRUZ, FRANKY ANDREY	3138847064	CC	1053329487	CHIQUINQUIRA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1329	10	154005473	0	CHIQUINQUIRA

TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN	TASA RUNT
310	$ 480600	$ 249900	$ 1900

TOTAL A PAGAR

$ 732400

AMPAROS POR	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS FARMACÉUTICOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

FIRMA AUTORIZADA

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien 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.

Protección de datos personales:

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A Y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

a) La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia

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 otras empresas con las que sea necesario para el 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 promoga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, líneas comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com Los responsables del tratamiento de sus datos son las ASEGURADORAS.

El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son:
Oficinas de SEGUROS DEL ESTADO a nivel nacional
Sitio web: A través de las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com
Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.com

Gobernación de Boyacá

FORMATO	Versión: 0
	Código: M-GS-PP-F-137
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS	Fecha: 07/Ago/2019

DEPARTAMENTO DE LA INSCRIPCIÓN	Boyacá -	MUNICIPIO DE LA INSCRIPCIÓN	Chiquinquirá	FECHA	26/02/2021
CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	15.	CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	176	Numero de Inscripcion	SKL 921

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO
(Esta sección deberá ser diligenciada con la información aportada por el propietario del Vehículo interesado)

*MARCA DE VEHÍCULO: Chevrolet NKR. MODELO: 2006.

UNIDAD DE TRANSPORTE CON LA QUE CUENTA EL VEHÍCULO:

TIPO FURGÓN	X	PLACA DEL VEHÍCULO	SKL921
TIPO REMOLQUE		PLACA DEL REMOLQUE	
TIPO SEMIRREMOLQUE		PLACA DEL SEMIREMOLQUE	

* ¿CUENTA CON CAJA, CONTENEDOR O CISTERNA, CON AISLAMIENTO TÉRMICO (ISOTERMO)? SI [X] NO [ ]

* ¿CUENTA CON UNIDAD DE FRÍO? SI [X] NO [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO
(Esta sección deberá ser diligenciada con la información aportada por el Propietario del Vehículo o interesado)

*NOMBRE DEL PROPIETARIO: Franky Andrey Porras

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 1053329487

TELÉFONO: 3138847064 FAX: CELULAR: 3138847064

CORREO ELECTRÓNICO: —

*DIRECCIÓN DOMICILIO: Calle 4 No. 8A-04 - Sur.

*MUNICIPIO DOMICILIO: Chiquinquirá *DEPARTAMENTO DOMICILIO: Boyacá

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

Entidad Territorial de Salud: Secretaria de Salud Boyacá. Inscripción No: SKL921.

Funcionario que realiza Inscripción: Yerdy Andrea Parda Fecha: 26/02/2021

OBSERVACIONES
Por parte de la autoridad sanitaria quien recibe el formulario

/

Por parte del responsable del vehículo o quien realiza la inscripción del vehículo:

ENTREGADO POR: (Propietario o interesado del vehículo)

FIRMA: Franky Porras. NOMBRE: Franky Andrey Porras

CÉDULA: 1053329487 TELÉFONO DE CONTACTO: 3138847064

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)

FIRMA: NOMBRE: Yerdy Andrea Parda

CÉDULA: 1056482173 TELÉFONO DE CONTACTO: 3124624528

Se Recuerda que el propietario del vehículo tiene (2) dos años contados a partir de la expedición de los lineamientos por parte de Invima, de acuerdo a lo establecido en el parágrafo del artículo 7 del Decreto 1282 de 2016, para cumplir con lo establecido en el Decreto 1500 y sus reglamentos técnicos complementarios, una vez finalizados estos (2) dos años o antes deberá solicitar ante la Entidad Territorial de Salud - ETS correspondiente la Autorización Sanitaria para Transporte - AST, en caso de evidenciar incumplimiento será objeto de las sanciones previstas en los artículos 576 y 577 de la Ley 09 de 1979 y capítulo III del Decreto 1500 de 2007 y las respectivas medidas sanitarias de seguridad sobre los productos transportados.

Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: M-GS-PP-F-184
ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS		FECHA: 07/Ago/2019

CIUDAD: Chiquinquira. FECHA: 14/03/2022 ACTA N°: 01.

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria de Salud de Boyaca.

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

* CAMPO OBLIGATORIO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO: Franky Andrey Perez Cut.

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 1053327487.

*PLACA DEL VEHÍCULO: SKL 921 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: SKL 921

TELÉFONOS: 3138847064

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETA: frankin.jya@hotmail.com.

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Carrera 10 # 9-26.

*DEPARTAMENTO: Boyaca. *MUNICIPIO: Chiquinquira.

*CLASE DEL VEHÍCULO: Camionsta [ ] Camion [ ] Moto [ ] Otro [ ] Cual

*MARCA: Chevrolet. *MODELO: 2005. *COLOR: Plata Escuna.

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO: Alimentos Programa PAE y Derivados lacteos.

SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI [ ] NO [ ]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: Lunes - Sabado 5am - 7pm. *NÚMERO DE TRABAJADORES: 2.

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA

FECHA DE LA ULTIMA INSPECCIÓN	26/02/2021.	FAVORABLE	X	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	100 %
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERES EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO: Especifique:

EVALUACIÓN	CALIFICACIÓN
Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento 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 establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
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 establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO

1	DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS	
1.1	Diseño sanitario del vehiculo. *(Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367,368,369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)*	12	(0)		• El vehiculo no tiene la leyenda de transporte de Alimentos.	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			6%	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta	

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
2.1	Condiciones de los utensilios. *(Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	(12)				C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12%	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta	

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
3.1	Estado de salud. *(Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)*	(13)				C
3.2	Reconocimiento Médico *(Resolución 2674 de 2013. Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	(4)				C

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.)*	13				
3.4	Educación y Capacitación *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	6		0	Personal manipulador, no cuenta con reapacitacion en manejo higienico de alimentos	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			30	La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta	C
4	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS	crítico
4.1	Limpieza del vehículo. *(Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)*	15				
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			15	La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta	C
5	VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO	A	AR	I	HALLAZGOS	crítico
5.1	Condiciones de conservación del producto. *(Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373. Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 6, 7, 8. Art. 30, Parágrafo 1 y 2.)*	20				
5.2	Empaque, Rotulado y vida útil. *(Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 5109 de 2005. Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)*	5				C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta	C

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
94.1% -0,0-	FAVORABLE	90-100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%	
	DESFAVORABLE	< 59,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si | No | Cuál:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Se observa Vehiculo Pintado recientemente, el cual presenta olor fuerte a Pintura

Por parte del establecimiento:

Ninguna

Sebastian torres

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 14 del mes de Marzo del año 2022 en la Ciudad de Chiquinquira

POR PARTE DEL PERSONAL QUE REALIZA LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Claudia Patricia Lopez Barrera.	NOMBRE:
CÉDULA: 33701491	CÉDULA:
CARGO: Profesional de Apoyo	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria de Salud de Boyacá	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Sebastian torres	FIRMA:
NOMBRE: Johan Sebastian Torres C.	NOMBRE:
CÉDULA: 1055347585	CÉDULA:
CARGO: Conductor	CARGO:

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE forma minerva® 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Chiquinquira.	D 02 M 02 A 2017		

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta Opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta Opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.



Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Pollas	Cruz.	Franky Andrey

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Conductor.	10. años	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Chiquinquira	D 04 M 06 A 1988	Union libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Cll 4 N 8A-04	Los Soches	3138847064

Cédula de ciudadanía: Nº	(**) Libreta militar Nº	
1053329487	Distrito Nº	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Expedida en: Chiquinquira		

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
LC02 002 938 450	Si ☐ No ☒	Janeth Beltran	320 861 01 13	$450.000

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☒ No ☐	La Gran Vía	Empleado ☐ Independiente ☒	Indefinido

II. EDUCACION Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Primaria	Normal Superior.	Chiquinquira	5	1999.
Bachillerato	Normal Superior	Chiquinquira	8.	2002.
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:
Ninguno	

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita dar más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial).

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
La Gran Via	Nemocon.	311 852 5280

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Martha Montaña.	Distribuidor. productos lacteos

Funciones realizadas: Distribuidor.

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
29 Noviembre /13		$ X Venta	$ X Venta.

Motivo del retiro:

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Colfrance.	Capellania	8558133

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Orlando Carrillo.	Conductor.

Funciones realizadas: Ventas.

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
Abril 2013.	20 Noviembre /13	$ Salario minimo.	$ 1200.000

Motivo del retiro: Voluntario

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© LEGIS. Prohibida toda reproducción total o parcial, sin la expresa autorización escrita de LEGIS, bajo cualquier medio conocido o por conocer, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley 23/82.

Doctor José Luis Pumarejo Ariza
MEDICO Y CIRUJANO, FLEBOLOGO, MEDICINA ESTÉTICA
ESPECIALISTA EN TERAPIA COMPLEMENTARIA Y
FARMACOLOGÍA VEGETAL.
Registro Medico 440085
T. P. 8596 - C.C. 77024241 -

Cirugías	Homeopatía	Acupuntura
Clinica de Venas	Rejuvenecimiento Facial	Terapia Neural
Obesidad	Oxigenoterapia	Auto hemoterapia

Fecha Febrero 7 del 2022 T.A.

Nombre FRANKY ANDREY PORRAS CRUZ

R/

EL SUSCRITO MEDICO

CERTIFICA QUE

Que el paciente en mención, asistió a consulta Médica, encontrándose paciente sano. Puede manipular alimentos.

I D. Paciente sano.

Dr. José Luis Pumarejo Ariza
Medico y Cirujano - Medicina Estética
Reg. Medico Boyacá 440085
T.P. 8596 - C.C. No. 77024241
BARRANQUILLA

arizzapuma@hotmail.com - jose-pumarejo@juanncorpas.edu.co
Cels: 313 502 44 27 / 301 357 82 73

LABORATORIO CLINICO CUELLAR
Calle 4A No 8-38, Chiquinquirá.
Germán Eduardo Cuéllar Tel. 3212308157
U. de los Andes

No: 160988
Fecha: 07-02-2022

Nombre: FRANKY ANDREY PORRAS CRUZ
Documento: CC 1053329487 Empresa: PARTICULAR

INMUNOLOGIA Y MARCADORES TUMORALES

1 07/02/2022 (906916) SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & *

RESULTADO : NO REACTIVA

MICROSCOPIA

2 07/02/2022 (907002) COPROLOGICO

COLOR : CARMELIITA
CONSISTENCIA : BLANDA
MOCO : NO HAY
FLORA BACTERIANA : ESCASA
LEVADURAS :
LEUCOCITOS : OCASIONALES
MICELIO :
PIOCITOS :
HEMATIES :
ALMIDONES : DIGERIDOS +
SANGRE OCULTA :
FIBRAS MUSCULARES :
FIBRAS VEGETALES :
GRASAS :
CELULAS EPITELIALES : +
HUEVOS :
PROTOZOARIOS : NEGATIVOS
Ordenado por :
M' `OBIOLOGIA (BACTERIOLOGIA, PARASITOLOGIA, MICOLOGIA Y VIROLOGIA)

3 07/02/2022 (901305) EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]

MUESTRA : RASPADO DE UÑAS
RESULTADO : NEGATIVO PARA DERMATOFITOS
Solicitado por :

Firma

UT CHIQUINQUIRA EXPRESS 2022

CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA

En cumplimiento a lo ordenado en el articulo 12 de la resolución 2674 del 2013 expedido por el ministerio de Salud y Protección Social.

CERTIFICA QUE

FRANKY ANDREY PORRAS

C.C: 1.053.329.487

Asistió y aprobó las capacitaciones relacionadas a continuación

CAPACITACIÓN	FECHA	DURACIÓN (MIN)
BUENAS PRACTICAS HIGIENICAS	5/02/2022	40
LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	5/02/2022	40
ORDEN Y ASEO EN EL LUGAR DE TRABAJO	5/02/2022	40
DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS	5/02/2022	60
PLAN DE SANEAMIENTO BASICO	5/02/2022	40
MINUTAS	5/02/2022	40
	INTENSIDAD HORARIA DE	4 HORAS

dado en Chiquinquira el 5 de febrero de 2022

ETHEL PIEDAD CARRILLO SILVA
CC: 52.029.699 DE BOTOTÁ
INGENIERA DE ALIMENTOS MEDIANTE MATRICULA PROFESIONAL N° 25254-57514 CND