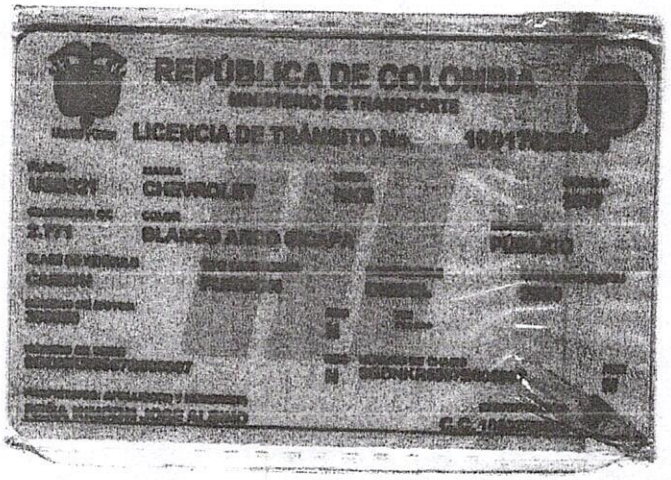
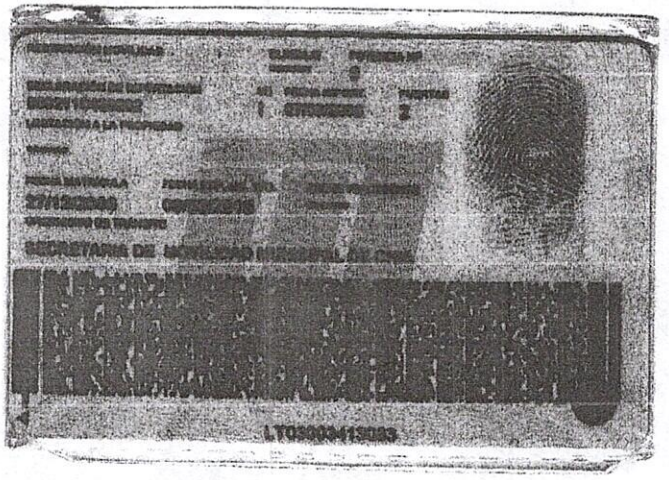
Alimentos para Aprender PAE | Si Posible | UT CHIQUINQUIRÁ | La educación es de todos | Mineducación

USB 321


REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No.
CHEVROLET
BLANCO ARTICO GRASA
PUBLICO



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

RUNT
REGISTRO UNICO NACIONAL DE TRANSITO

Orden

ERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 157205029

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

tidad que expide el certificado: CDA SERVIAUTOS DE OCCIDENTE CHIQUINQUIRA

T: 901306131 **No. de Certificado de Acreditación:** 21-CDA-044

cha de expedición: 2021/12/29 **Fecha de vencimiento:** 2022/12/29

DATOS VEHÍCULO

ACA:	USB321	**CLASE:**	CAMION
ARCA:	CHEVROLET	**MODELO:**	2007
ERVICIO:	Público	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
LINDRAJE:	2771	**NRO. MOTOR:**	383860
RO. CHASIS:	9GDNKR5567B005997	**VIN:**	
NEA:	NKR		
OLOR:	BLANCO ARCO BICAPA		

OMBRE PROPIETARIO: JOSE A. PEÑA R.

FIRMA DEL RESPONSABLE

YAMITH ALEXANDER MONRROY PULIDO

SOAT

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

ASEGURADORA SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2019	11	22	2019	11	24	2020	11	23

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1523003522301	USB321	CAMION	PÚBLICO	2771	2007

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
3	CHEVROLET	FURGON - 2

LÍNEA VEHÍCULO: NKR

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
383860	9GDNKR5567B005997	9GDNKR5567B005997	2.69

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
JOSE ALBINO PEÑA RINCON	3204954312	CC	1053326492	CHIQUINQUIRA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1327	1523	99534	1523003522301	BOGOTA D.C.-CUNDINAMARCA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
310	$419,800	$209,900	$1,700

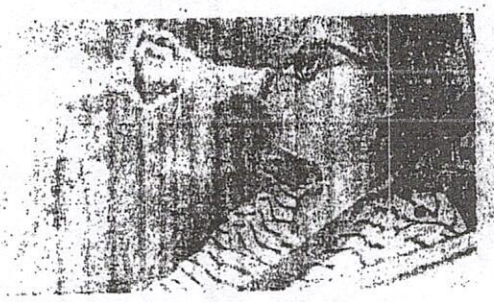
TOTAL A PAGAR

$631,400

FIRMA AUTORIZADA

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

El SOAT digital, además de brindarle una fácil portabilidad y usabilidad, también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general para todas las personas.



Si quiere conocer estos beneficios y despejar algunas dudas, *lo invitamos a ingresar aquí.*

El SOAT es irrevocable, no puede ser revocado ni por el Tomador ni por la Aseguradora. Numeral 5 del Artículo 11 del Decreto 056 de 2015

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 esta registrada en el RUNT.
- Este atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas economicas, la detención del vehiculo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las victimas 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 victimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender victimas de accidentes de tránsito (articulo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos medicos, 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.

Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o academicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte 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 haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

Pedro Nel Paez Pinilla
ASESOR DE SEGUROS
Cel.: 310 852 12 60

Gobernación de 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: Chiquinquirá | FECHA: 26/02/2021 | ACTA N°: 01.

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria de Salud Boyaca.

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

* CAMPO OBLIGATORIO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO: Jose Albino Pena Pinto.

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 1055324492.

*PLACA DEL VEHÍCULO: OSB 321 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: OSB321

TELÉFONOS: 3204954312.

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETAR: lancherosfredy22@gmail.com.

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cra 9 No 9A - 81 Sur.

*DEPARTAMENTO: Boyaca. | *MUNICIPIO: Chiquinquirá.

*CLASE DEL VEHÍCULO: Camioneta [ ] Camión [ ] Moto [ ] Otro [ ] Cual: Furgon.

*MARCA: Chevrolet NKR. | *MODELO: 2007 | *COLOR: Blanco

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO: Alimentos No perecederos.

SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI [ ] NO [X]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7am - 5pm. Lunes - Sabado | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 3.

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	10/03/2020	FAVORABLE	X	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	92,5 %
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS 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

CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO

	1 DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS	crítico
1.1	Diseño sanitario del vehículo. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367,368,369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004, Art. 4.)	12	6	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12%	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	6	0		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	6,5	0		C
3.2	Reconocimiento Médico	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.)*	13	6,5	0	• Se evidencia uñas largas en persona manipulador de alimentos C
3.4	Educación y Capacitación *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13, Artículo 36.)*	6	3	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			29,5%	La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta

4	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS	crítico
4.1	Limpieza del vehículo. *(Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)*	15	7,5	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			15%	La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta	

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. 69, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 8, Tº9. Art. 30. Parágrafo 1 y 2.)*	20		0		C
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	2,5	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			25%	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta	

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
92,5% 0,0	X FAVORABLE	90-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	80 - 89,9%
	DESFAVORABLE	< 59,9%

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

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

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

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si | X | No Cuál:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del establecimiento:

C

1 2 3 4

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PEÑA	RICON	JOSE ALBINO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.053.326.492 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: ____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA AÑO 18 MES 04 1987

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARERRA 9 N. 4 - 69

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOYACA

MUNICIPIO CHIQUINQUIRA

TELÉFONO 3204954312 EMAIL ____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	1X1	MES ____ AÑO ____

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

IPS LABORATORIO CLINICO CUELLAR SAS
Calle 4A No 8-38, Chiquinquirá.

No: 154528
Fecha: 08-05-2021

Germán Eduardo Cuéllar Tel. 3212308157
U de los Andes

Nombre: JOSE ALBINO PEÑA RINCON
Documento: CC 1.053.326.492 Empresa: PARTICULAR

MICROSCOPICA

1. 08/05/2021 (907002) COPROLOGICO

COLOR: CARMELITA
CONSISTENCIA: BLANDA
MOCO: ESCASO
FLORA BACTERIANA : COCOBACILAR LIG.
LIG.AUAMENTADA
LEVADURAS:
LEUCOCITOS: 0-1
MICELIO :
PIOCITOS :
HEMATIES :
ALMIDONES : DIGERIDOS +
SANGRE OCULTA .
FIBRAS MUSCULARES : +
FIBRAS VEGETALES : +
GRASAS:
CELULAS EPITELIALES : +
HUEVOS:
PROTOZOARIOS : NEGATIVOS
Ordenado por:

INMUNOLOGIA Y MARCADORES TUMORALES

2. 08/05/2021 (906916) SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & *

RESULTADO : NO REACTIVA

MICROBIOLOGIA (BACTERIOLOGIA, PARASITOLOGIA, MICOLOGIA Y VIROLOGIA)

3. 08/05/2021 (901103) COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA

RESULTADO: COCOS GRAM POSITIVOS ESCASOS.
NEGATIVO PARA BACILO DIFTERICO
Solicitado por:

4. 08/05/2021 (901305) EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]

MUESTRA : RASPADO DE UÑAS

IPS LABORATORIO CLINICO CUELLAR SAS
Calle 4A No 8-38, Chiquinquirá.

No: 154528
Fecha: 08-05-2021

Germán Eduardo Cuéllar
U de los Andes
Tel. 3212308157

Nombre: JOSE ALBINO PEÑA
Documento: CC 1.053.326.492 Empresa: PARTICULAR

MICROBIOLOGIA (BACTERIOLOGIA, PARASITOLOGIA, MICOLOGIA Y VIROLOGIA)

4 08/05/2021 (901305) EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]

RESULTADO: NEGATIVO
Solicitado por:

Germán Eduardo Cuéllar
Bacteriólogo
Universidad de Los Andes
Reg. 049 S.S. de Boy.
Firma

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	08-05-2021
Nombre	JOSE ALBINO PEÑA

R/

EL SUSCRITO MEDICO

CERTIFICA QUE:

Que el paciente en mención, asistió a consulta Médica con paraclinicos, encontrandose paciente sano.
Puede manipular alimentos

I D. Paciente sano.

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

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

JOSE ALBINO PEÑA

C.C: 1.053.326.492

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