Municipio de Dosquebradas	MACROPROCESO: APOYO		SECRETARÍA DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS
	PROCESO: GESTION JURIDICA		
	SUBPROCESO: CONTRATACION		
	ACTA DE INICIO	VERSION: 5	

CONTRATO DE SUMINISTRO No CS-2698-2023

PRESTACION DE SERVICIOS O DE APOYO A LA GESTIÓN ☐ OBRA: ☐ SUMINISTROS: ☑

CONTRATANTE	**MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS**	
CONTRATISTA	**FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ**	
INTERVENTOR / SUPERVISOR	**YORFAY ALVAREZ VERGARA**	
OBJETO	SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA BRINDAR APOYO A LA REGISTRADURIA EN LOS PROCESOS ELECTORALES DE LA VIGENCIA 2023 EN EL MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS RISARALDA	
DURACION	**22 DIAS**	
FECHA DE INICIO	**27 DE OCTUBRE DE 2023**	
FECHA FINAL	**18 DE NOVIEMBRE DE 2023**	
VALOR DEL CONTRATO	CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE	$ 52,200,000
FORMA DE PAGO	El valor del presente contrato será con, un único pago una vez cumplido el objeto del contrato, previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato. una vez presentados y aprobados los informes periódicos en los términos previstos y la acreditación de que el contratista se encuentra al día en el pago de aportes relativos al sistema integral de seguridad social.	
ANTICIPO %		$ 0
REGISTRO PRESUPUESTAL	**RDJ 2023000002892**	
IMPUTACION PRESUPUESTAL	**2.2.1.2.02.02.009.P.91119.6**	

En el municipio de Dosquebradas, Risaralda, a los 27 días del mes de OCTUBRE de **2023** se reunieron en la Secretaría de ASUNTOS ADMINISTRATIVOS del municipio de Dosquebradas, la señora **CAROLINA GARCIA QUINTERO** , en calidad de Representante Legal de la **Fundación Serviendo Paz**, Contratista ; y **YORFAY ALVAREZ VERGARA**, como supervisor del presente Contrato, con el fin de iniciar la ejecución de las actividades y suministro de la alimentación objeto del contrato **No CS-2698-2023**

Lo anterior se motiva en las siguientes consideraciones:

1. El contratista entregó completa la documentación requerida para el inicio del contrato, incluyendo las pólizas respectivas
2. El contratista recibio la induccion respectiva para la ejeccion de sus actividades así como la induccion en el SGC, SST.

Para constancia se firma en Dosquebradas a los 27 días del mes de OCTUBRE de **2023**.

YORFAY ALVAREZ VERGARA
Interventor /Supervisor

FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ
Contratista

Recepción Cuentas
No.1 Fecha: 27-11-23 Nombre:
No.2 Fecha: Nombre:

Municipio de Dosquebradas	MACROPROCESO: APOYO		SECRETARÍA DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS
	PROCESO: GESTION JURIDICA		
	SUBPROCESO: CONTRATACION		
	ACTA DE PAGO FINAL	VERSION: 4	

CONTRATO DE SUMINISTRO No CS-2698-2023

PRESTACION DE SERVICIOS: ☐ OBRA: ☐ SUMINISTROS: ☑

CONTRATANTE	**MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS**	
CONTRATISTA	**ROBINSON OCAMPO MARTINEZ**	
INTERVENTOR / SUPERVISOR	**YORFAY ALVAREZ VERGARA**	
OBJETO	SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA BRINDAR APOYO A LA REGISTRADURIA EN LOS PROCESOS ELECTORALES DE LA VIGENCIA 2023 EN EL MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS RISARALDA	
DURACION	**22 DIAS**	
FECHA DE INICIO	**27 DE OCTUBRE DE 2023**	
FECHA FINAL	**18 DE NOVIEMBRE DE 2023**	
VALOR DEL CONTRATO	CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE	$ 52,200,000
FORMA DE PAGO	El valor del presente contrato será con, un único pago una vez cumplido el objeto del contrato, previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato. una vez presentados y aprobados los informes periódicos en los términos previstos y la acreditación de que el contratista se encuentra al día en el pago de aportes relativos al sistema integral de seguridad social.	
ANTICIPO %	0%	0% $ 0
REGISTRO PRESUPUESTAL		RDJ 2023000002892
IMPUTACION PRESUPUESTAL		2.2.1.2.02.02.009.P.91119.6

PRORROGA

No	FECHA PRORROGA	DURACION (días/meses)	FECHA FINAL

ADICION

No	FECHA ADICION	VALOR	REGISTRO PRESUPUESTAL
1	03/11/2023	$ 15,000,000	RDJ 2023000003048

SUSPENSIONES

No	FECHA SUSPENSION	FECHA REINICIO	FECHA FINAL

BALANCE DEL CONTRATO

VALOR CONTRATO		$ 52,200,000
1a ADICION		$ 15,000,000
2a ADICION		$ -
VALOR ACTAS ANTERIORES		
VALOR ACTA PARCIAL FINAL	$ 66,945,000	
SALDO POR PAGAR	$ 255,000	
SUMAS IGUALES	$ 67,200,000	$ 67,200,000

BALANCE DEL ANTICIPO

VALOR ANTICIPO %		$ -
AMORTIZACION ACTAS ANTERIORES		
AMORTIZACION DEL ACTA FINAL		
SALDO POR AMORTIZAR	$ -	
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA **$ 66,945,000**

Para la cancelación de la presente acta, se tuvo en cuenta entre otras, las actividades evidenciadas en el informe anexo, y si es contrato de obra se anexa el cuadro de obras ejecutadas.

Estas actividades fueron desarrolladas en las fechas comprendidas entre el día **27 de Octubre** de 2023 y el día **18 de Noviembre de 2023.**

El contratista presentó al día los pagos de seguridad social y documentos requeridos, como consta en los anexos.

Las actividades fueron verificadas y aprobadas.

Para constancia se firma en Dosquebradas a los **20 días del mes de Noviembre de 2023.**

YORFAY ALVAREZ VERGARA
Interventor /Supervisor

FUNDACION SIRVIENDO PAZ
Contratista

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

Secretaría:	**SECRETARÍA DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS**	**Área:**	
Tipo de Contrato celebrado:	**SUMINISTROS**		
Número del Contrato:	**2698**	**Informe No.:**	**1 DE 1**
Periodo al que corresponde el presente informe:	**DEL 27 DE OCTUBRE AL18 DE NOVIEMBRE DE 2023**	**Plazo de Ejecución:**	**22 DIAS**
Contratista:	**FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ**	**Supervisor:**	**CARLOS ALBRETO DEL RIO RESTREPO**

2. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES EJECUTADAS:

OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES	OBSERVACIONES DEL CONTRATISTA
Prestar el servicio de alimentación solicitado por la Alcaldía Municipal para suplir los procesos electorales que se llevaran a cabo en la vigencia 2023, a solicitud del supervisor del contrato.	Durante la ejecución del contrato se suministró alimentación para suplir los procesos electorales desde el 28 de octubre al 5 de noviembre de 2023	-Acta de entrega de alimentación. -Evidencia fotográfica de las entregas.	
Suministro de alimentos cumpliendo con las regulaciones sanitarias de manejo, preparación y servicios en óptimas condiciones de empaque, temperatura, presentación y cantidad.	Durante la ejecución del contrato se prepararon los alimentos en planta de procesamiento de alimentos ubicada en el municipio de Dosquebradas	-Evidencia fotográfica de la planta. -Registro sanitario de salud.	
Garantizar el servicio de transporte, almacenar y mantener oportunamente todos los insumos, materiales y víveres que se requieran para el suministro de los servicios de alimentación en una cantidad suficiente de tal manera que garantice los servicios aun en caso de problemas de transporte, escases de víveres, orden público, entre otros	Durante la ejecución del contrato se garantizó transporte certificado para alimentos	-Evidencia fotográfica del vehículo. -Certificado de transporte de Alimentos	

Municipio de Dosquebradas	MACROPROCESO: APOYO		SECRETARÍA DE XXXXXXX
	PROCESO: GESTIÓN JURÍDICA		
	SUBPROCESO: CONTRATACIÓN		
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE OBRA	VERSIÓN:5	

OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES	OBSERVACIONES DEL CONTRATISTA
Garantizar que todas las personas que realicen actividades de manipulación de alimentos en las diferentes etapas del proceso: recepción, almacenamiento, ensamble, transporte y distribución, cumplan con la reglamentación en cuanto a uso del uniforme, medidas de protección, aseo personal, normas higiénicas, la Ley 9° de 1979, Título V, y en general todas las resoluciones y normas relacionadas con alimentos y las que modifiquen total o parcialmente alguna de las anterior.	Para la ejecución del contrato se suministró personal de manipulación de alimentos certificado.	-Hojas de vida con soportes (carnet de manipulación de alimentos, examanes médicos) -Evidencia fotográfica. -John Fredy Bañol Andica -Gloria Amparo Ramirez Mosquera -Alejandro Gallego Loaiza	

En calidad de contratista Anexo al presente informe que elaboré, los soportes de pago de la Seguridad Social y ARL, correspondiente al mes de _____ de la vigencia ------, y pago de los impuestos municipales.

En calidad de supervisor informo que las evidencias presentadas como soporte de ejecución de las obligaciones contractuales son válidas y suficientes. Se verificó el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social y el pago de los impuestos municipales.

En calidad de Supervisor certifico que no se han materializado los riesgos que se encuentran descritos en la Matriz de Riesgos de Contratación elaborada para este contrato.

En constancia se firma por las partes interesadas a los _____días del mes de_____ del año _____

Carolina Garcia Q
Contratista

Supervisor

SIRVIENDO
PAZ

FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ
NIT: 901.092.480-4

ENTREGAS

CALLE 25 # 20-130 LA PRADERA DOSQUEBRADAS
sirpas0626@gmail.com

SIRVIENDO PAZ

ACTA DE ENTREGA DE ALIMENTACIÓN

Código: FO-SAS-
Fecha V: 5-Sept-2
Versión: 01
Página: 1

PROGRAMA:	SUMINISTRO ALIMENTACIÓN ELECCIONES REGIONALES 2023 - CONTRATO 2698
NOMBRE DE LA EMPRESA	FUNDACION SIRVIENDO PAZ
DIRECCION:	CALLE 25 # 20 - 126 Y 130 LA PRADERA / DOSQUEBRADAS

ITEM	FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	TIPO DE ALIMENTO	FIRMA DE QUIEN RECIBE
1	28/10/2023	110	Almuerzo	
2	28/10/2023	110	Cenas	
3	29/10/2023	170	Desayunos	
4	29/10/2023	350	Almuerzos	
5	29/10/2023	350	Cenas	
6	30/10/2023	250	Almuerzos	
7	30/10/2023	250	Cenas	
8	31/10/2023	230	Almuerzos	
9	31/10/2023	240	Cenas	
10	01/11/2023	220	Almuerzos	
11	01/11/2023	220	Cenas	
12	02/11/2023	220	Almuerzos	
13	02/11/2023	220	Cenas	
14	03/11/2023	220	Almuerzos	
15	03/11/2023	220	Cenas	
16	04/11/2023	220	Almuerzos	
17	04/11/2023	220	Cenas	

SIRVIENDO PAZ

ACTA DE ENTREGA DE ALIMENTACIÓN

Código: FO-SAS-
Fecha V: 5-Sept-2
Versión: 01
Página: 1

PROGRAMA:	SUMINISTRO ALIMENTACIÓN ELECCIONES REGIONALES 2023 - CONTRATO 2698
NOMBRE DE LA EMPRESA	FUNDACION SIRVIENDO PAZ
DIRECCION:	CALLE 25 # 20 - 126 Y 130 LA PRADERA / DOSQUEBRADAS

ITEM	FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	TIPO DE ALIMENTO	FIRMA DE QUIEN RECIBE
1	03/11/2023	220	Almuerzo	
2	05/11/2023	185	Cena	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

SIRVIENDO
PAZ

FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ
NIT: 901.092.480-4

Acta de entrega de alimentación contrato 2698

Por medio de la siguiente acta se realiza el consolidado de entregas de alimentación del contrato por objeto "SUMINISTRO DE ALIMENTACION PARA BRINDAR APOYO A LA REGISTRADURIA EN LOS PROCESOS ELECTORALES"

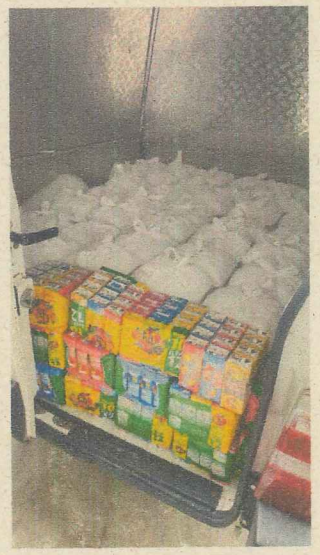
FECHA		CANT	EJECUTADO
29-oct	DESAYUNO	170	170
	FECHA		
	28-oct	ALMUERZO	110
	29-oct	ALMUERZO	350
	30-oct	ALMUERZO	250
	31-oct	ALMUERZO	230
	1-nov	ALMUERZO	220
	2-nov	ALMUERZO	220
	3-nov	ALMUERZO	220
	4-nov	ALMUERZO	220
	5-nov	ALMUERZO	220
			1330

FECHA		
28-oct	CENA	110
29-oct	CENA	350
30-oct	CENA	250
31-oct	CENA	240
1-nov	CENA	220
2-nov	CENA	220
3-nov	CENA	220
4-nov	CENA	220
5-nov	CENA	185
		1305

FIRMA DE QUIEN RECIBIO

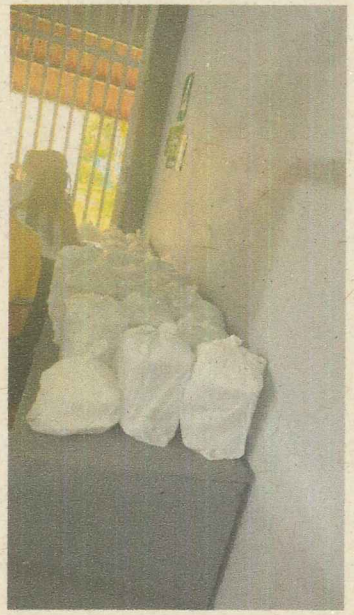
Wilton Barrio Gomez
75065656

CALLE 25 # 20-130 LA PRADERA DOSQUEBRADAS
sirpas0626@gmail.com

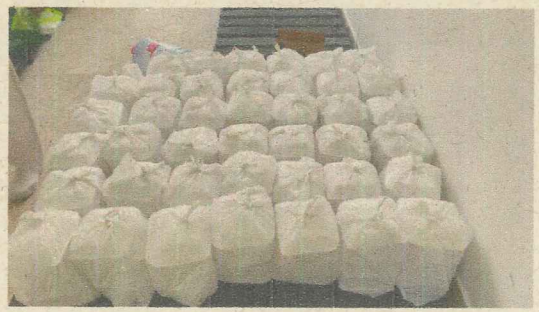






4





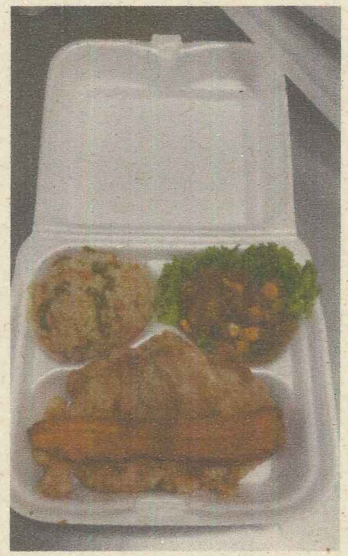


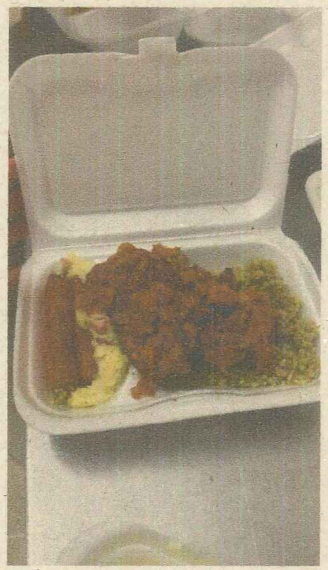




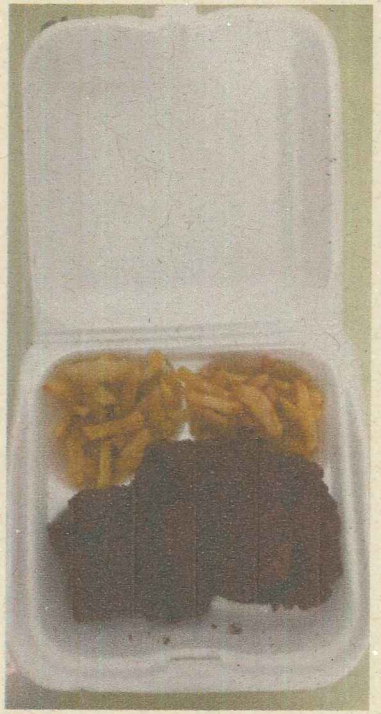




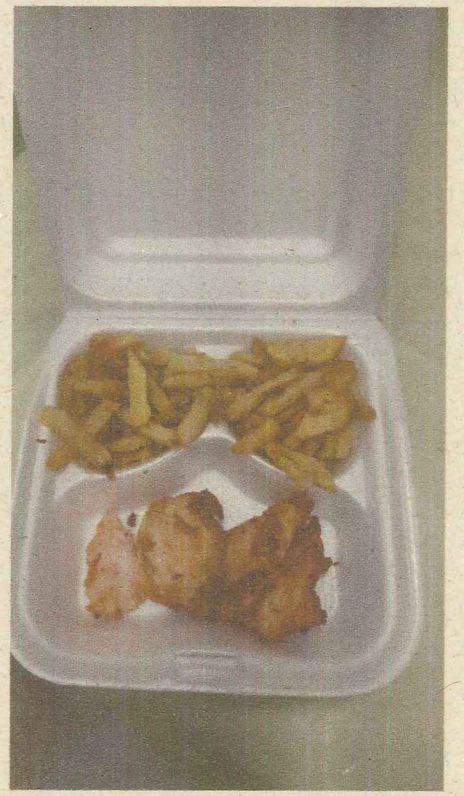








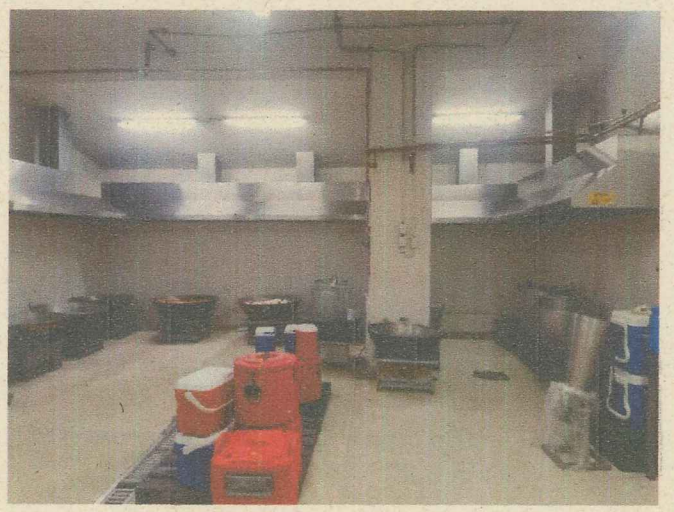


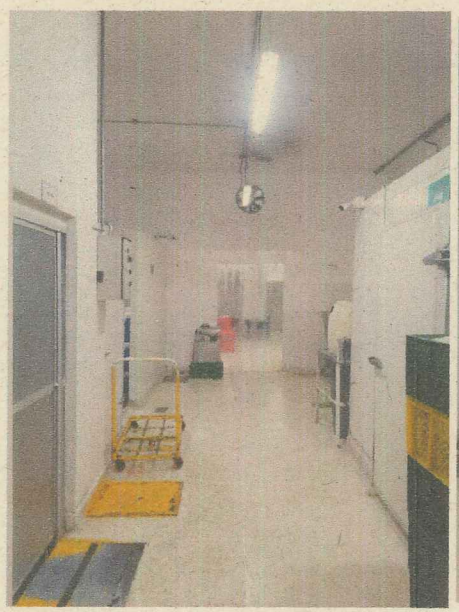
SIRVIENDO
PAZ

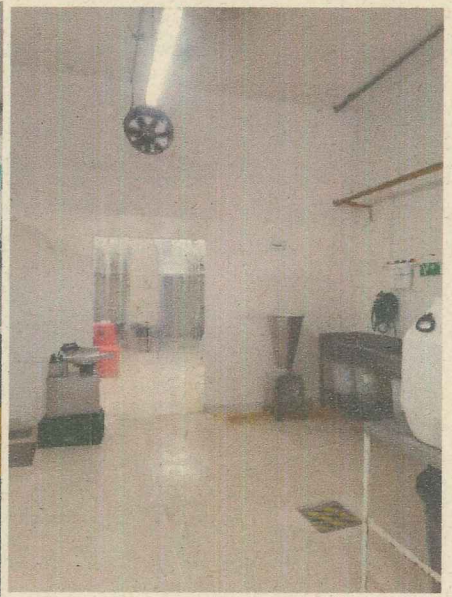
FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ
NIT: 901.092.480-4

PLANTA

CALLE 25 # 20-130 LA PRADERA DOSQUEBRADAS
sirpas0626@gmail.com







ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS

Municipio de Dosquebradas

CIUDAD: DOSQUEBRADAS | FECHA: día / mes / año | ACTA N°: [illegible]

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [ ] Cafetería [ ] Panadería [ ] Fruteria [ ] Comidas rápidas [ ] Comedores [ ] Cuál: [illegible]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE DOSQUEBRADAS

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: [illegible]

*CÉDULA / NIT: [illegible] | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: [illegible]

*NOMBRE COMERCIAL: [illegible]

*DIRECCIÓN: [illegible] | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: RISARALDA | *MUNICIPIO: DOSQUEBRADAS

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: [illegible]

TELÉFONOS: [illegible] | FAX:

CORREO ELECTRÓNICO: [illegible]

NOMBRE DEL PROPIETARIO: [illegible]

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [X] Número de documento: [illegible]

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: [illegible]

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: [illegible]

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: [illegible]

*DEPARTAMENTO: [illegible] | *MUNICIPIO: [illegible]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: [illegible] | *NÚMERO DE TRABAJADORES: [illegible]

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes / año 31 07 23			% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
		FAVORABLE			
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X		84.5%
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		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

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
No Aplica (NA)	Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento 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 establecimiento continúe ejerciendo sus labores

CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS	
1.1	Localización y diseño. *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.3 y 2.6.; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8)*	2	1	0		C
1.2	Condiciones de pisos y paredes. *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)*	2	1	0	- Fisura en piso cerca de Pare Concreta (Reforzado). - Requiere retoque en pared cerca de lavad.	C

Powered by CamScanner

1.3	Techos, iluminación y ventilación. (Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 6.)	2	1	0	Sistema de iluminación y ventilación deficiente, presencia de telarañas en techos y paredes. (Restaurante) C
1.4	Instalaciones sanitarias. (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, Artículo 32, Numeral 9 y 11.)	4	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta
2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	1	HALLAZGOS
2.1	Condiciones de equipos y utensilios. (Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)	5	2,5	0	Falta de mantenimiento preventivo de equipos (refrigeradores) - Falta de aseo en neveras. - Utensilios en mal estado. C
2.2	Superficies de contacto con el alimento. (Resolución 2674/2013, Artículo 9; Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)	7	3,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta
3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	1	HALLAZGOS
3.1	Estado de salud. (Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)	7	3,5	0	C
3.2	Reconocimiento médico. (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	2	1	0	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.)	7	3,5	0	C
3.4	Educación y capacitación. (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)	4	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta
4	REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	1	HALLAZGOS
4.1	Control de materias primas e insumos. (Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5. Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005 Resolución 1506 de 2011 Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)	5	2,5	0	C

Powered by CamScanner

4.2	Prevención de la contaminación cruzada. (Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 7, Artículo 18, Numeral 7, Artículo 20, Numeral 5, Artículo 35, Numeral 4.)	9		0		C
4.3	Manejo de temperaturas. (Ley 9 de 1979, Artículo 283, 425, Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 3.5)	7	3,5	0		C
4.4	Condiciones de almacenamiento. (Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 18, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 8.)	4	2	0		NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta	
5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS	
5.1	Suministro y calidad de agua potable. (Resolución 2674/2013, Artículo 6 Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)	7	3,5	0		C
5.2	Residuos líquidos. (Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 37, Numerales 5 y 10.)	4	2	0	- Sin trampa de grasa - Sin retiro de aceite.	C
5.3	Residuos sólidos. (Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)	4	2	0		C
5.4	Control integral de plagas. (Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)	9		0		C
5.5	Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios. (Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)	7	3,5	0	- Suciedad en lavamanos	C
5.6	Soportes documentales de saneamiento. (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)	2	1	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta	

III. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto favorable a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
90	X FAVORABLE	80-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 80,0%
	DESFAVORABLE	< 59,0%

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.

IV. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

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

Powered by CamScanner

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe atender el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente con relación a los hallazgos registrados en la presente acta

V. APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD

SI | NO | Cual:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACION 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 1 del mes de _____ del año 20 ____ en la Ciudad de Dosquebradas.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Laura	NOMBRE: Diana Fernandez
CÉDULA: 1088 209 778	CÉDULA: 33481184
CARGO: Prof Univ SIG	CARGO: Tecnico Dir Salud
INSTITUCIÓN:SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE DOSQUEBRADAS	INSTITUCIÓN:SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE DOSQUEBRADAS
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Mauricio Bueno	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO: Rep Planta	CARGO:

Powered by CamScanner

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

Municipio de Dosquebradas

ANEXO ACTA DE VISITA

Ciudad y Fecha: Dosquebradas / 21-09-2023

Nombre del establecimiento: Fundación Sirviendo Paz

Nombre del Producto: Mayonesa

ASPECTOS A VERIFICAR	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
El rótulo no describe o presenta el producto alimenticio envasado en forma falsa, equivoca o engañosa o susceptible de crear una impresión errónea respecto de su naturaleza o inocuidad.	X			—
No contiene ilustraciones o representaciones gráficas que hagan alusiones a propiedades medicinales, preventivas o curativas que den lugar a apreciaciones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento.	X			—
Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes.			X	—
No emplea palabras, ilustraciones o representaciones gráficas, que sugieran directa o indirectamente cualquier otro producto con el cual pueda confundirse o inducir a suponer que el alimento se relaciona en forma alguna con otro producto.	X			—
El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente.	X			Mayonesa reducida en grasas y calorías
Contiene la lista de ingredientes.	X			—
El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición.	X			500g Porciones Aprox. 42
Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por". Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador. En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente.	X			Fabricado por: PANAL S.A.S Km 35.4 medellin-Bogotá, Rionegro Antioquia

Powered by CamScanner

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

Municipio de Dosquebradas

ASPECTOS A VERIFICAR	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L".	X			Lote 4 209 21:03
Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.	X			Vence 26 ENE 24
Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.	X			—
Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.	X			RSAD17I19703
En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.	X			—
En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.			X	—
Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanifaria vigente.	X			—

FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE DOSQUEBRADAS

Firma
Documento de identidad 33 [illegible]
Cargo Tecnico area Salud

Firma
Documento de identidad 1094935616
Cargo Ing Director

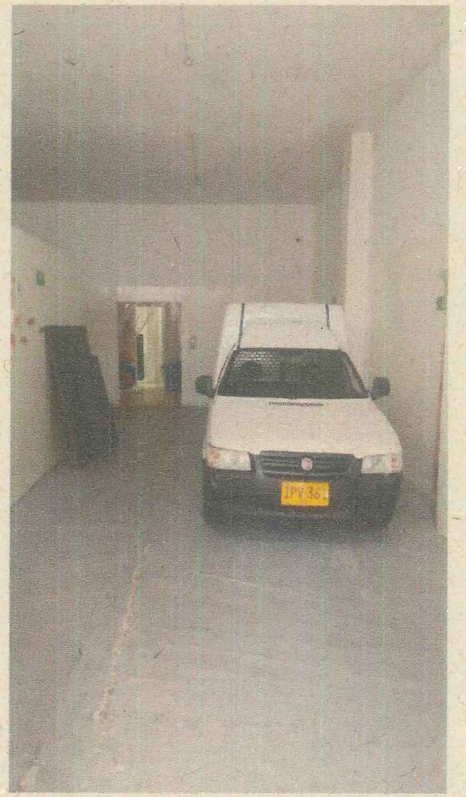
Powered by CamScanner

SIRVIENDO
PAZ

FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ
NIT: 901.092.480-4

VEHICULO

CALLE 25 # 20-130 LA PRADERA DOSQUEBRADAS
sirpas0626@gmail.com





SIRVIENDO
PAZ

FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ
NIT: 901.092.480-4

Documentos del conductor Y carro

CALLE 25 # 20-130 LA PRADERA DOSQUEBRADAS
sirpas0626@gmail.com

LABORATORIO CLÍNICO

DRA. LUCY HERNANDEZ MEJIA
Laboratorio Clínico General y Especializado
Tarjeta profesional No. 095 de la Secretaría Seccional de Salud de Risaralda

Fecha: FEBRERO 23 DE 2023
No de Orden: 57
Paciente: CRISTIAN RICARDO RESTREPO VELEZ
Documento ID: C.C. 1.004.756.888 EDAD: 21 AÑOS

HORA DE RECEPCION: 7:30 A.M. HORA DE IMPRESIÓN: 12:02PM

EXÁMENES SOLICITADOS: KOH de Uñas Manos, Gram Directo Frotis de Garganta, coprológico.

KOH DE UÑAS: NEGATIVO PARA HONGOS.

GRAM DIRECTO FROTIS DE GARGANTA:

REACCION LEUCOCITARIA: NO SE OBSERVA
COCOS GRAM POSITIVOS EN PARES: +
BACILOS GRAM POSITIVOS: +

COPROLOGICO:

ANALISIS FISICO QUIMICO	RESULTADO
CONSISTENCIA:	PASTOSA
COLOR:	CAFE
MOCO:	
SANGRE OCULTA:	
AZUCARES REDUCTORES:	
PH:	9,0 alcalino
WRIGHT:	
RESIDUOS	COMIDA
MICROSCOPICO	
ALMIDONES:	
FIBRAS VEGETALES	
GRASAS	
LEUCOCITOS:	
ERITROCITOS:	
LEVADURAS:	
PARASITOS:	NO SE OBSERVAN PARASITOS EN LA MUESTRA EXAMINADA

Firma
TARJETA PROFESIONAL No 095BS.S.S.-RISARALDA.

"LA INTERPRETACION DE ESTE Y TODO EXAMEN DE LABORATORIO CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"

Calle 36 No. 58-09 Piso 2° - Tel. 326 3043 - Fax. 336 3585 Cel. 312 259 5676
Correo electrónico: lhm68@yahoo.es
PEREIRA - RISARALDA

SANDRA JANETH PARRA MANRIQUE
Médico Especialista Salud Ocupacional
Reg. 1383/07

CERTIFICADO DE APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EL DÍA: Febrero 23/2023
EL TRABAJADOR: Cristian Ricardo Restrepo Vélez
CON C.C. No. 1.004.756.888
DE:
QUIEN OCUPA EL CRGO DE: Manipulador de alimentos
EN LA EMPRESA: F. Sirviendo Paz
SE LE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXÁMENES REALIZADOS	
1. EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
2. COPROLÓGICO	✓
3. KOH DE UÑAS	✓
4. GRAM DIRECTO FROTIS DE GARGANTA	✓
5. GRAM DIRECTO FROTIS DE PIEL	
6. SEROLOGÍA V.D.R.L	

CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS

SI [X] No [ ]

CAUSA: Sin Restricciones

PRUEBA A REPETIR: ———

DE ACUERDO CON EL CONCEPTO DE APTITUD SE SUGIEREN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
Control periódico / EPS	Bioseguridad Covid-19 - uso permanente Tapabocas - lavado frecuente manos

SE DEBEN IMPLEMENTAR POR PARTE DE LA EMPRESA, TODAS LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y COMUNITARIAS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA CONTENER LA PROPAGACIÓN DEL COVID-19.

DURANTE LA ATENCIÓN SE APLICARON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD COMO: DISTANCIAMIENTO SOCIAL, DESINFECCIÓN DE CALZADO Y MANOS AL INGRESO, TOMA DE TEMPERATURA CON TERMÓMETRO INFRARROJO Y ENCUESTA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON COVID-19. CUMPLIMOS CON EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PARTE DE LOS TRABAJADORES (GORRO, GAFAS, MASCARILLA, BATA MANGA LARGA ANTIFLUIDO Y OTROS).

Firma y Sello del Médico:

Lic. Salud Ocupacional

1383/01

Email: sjparra3@hotmail.com


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.004.756.988
RESTREPO VELEZ
CRISTIAN RICARDO
Cristian Restrepo


FECHA DE NACIMIENTO 25-MAY-2001
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
A+
M
27-MAY-2019 PEREIRA
INDICE DERECHO

invima

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

Municipio de Dosquebradas

CIUDAD: DOSQUEBRADAS FECHA: 04-03-23 ACTA N°: A123

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE DOSQUEBRADAS

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

* DATOS OBLIGATORIOS

*NOMBRE DEL PROPIETARIO: Moreno Garcia Alberto.

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 9950605

*PLACA DEL VEHÍCULO: TPU361 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN:

TELÉFONOS: 3183165659

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO:

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cll 25 # 20-176.

*DEPARTAMENTO: Risaralda *MUNICIPIO: Dosquebradas

*CLASE DEL VEHICULO: Camioneta [X] Camión [ ] Moto [ ] Otro [ ] Cual:

*MARCA: Fiat *MODELO: 70ff *COLOR: Blanco Blanchisa

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO: Carga seca Alimentos P.E.G.

SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI [ ] NO [X]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 24H *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN: día / mes / año

FAVORABLE	
FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	
DESFAVORABLE	

% DE CUMPLIMIENTO DE LA ULTIMA INSPECCIÓN: %

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PRUEBAS SANCIONATORIAS ADMIN	
OTRO		Especificar:			

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
Critico (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 vehículo. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367, 368, 369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art.37, Art. 38 y Art. 39. Resol. 2674/2013. Art. 23, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004 Art. 4.)	12	(6)	0	-Paredes area de carga material ruposo no liso. (Pared - techo.)	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta	

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS	CRITICO
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 3. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012, 834 y 835 de 2013.)	(12)	0	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta	

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS	CRITICO
3.1	Estado de salud. (Resol. 2674/2013, Art. 11, Núm. 8, Art. 14, Núm. 12.)	(13)	0,6	0		C
3.2	Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	(4)	2	0		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 34, Artículo 35, Numeral 5 y 7.)*	13	6,5	0	C
3.4	Educación y Capacitación *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	6	3	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 38% del total del acta

4	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
4.1	Limpieza del vehículo *(Resolución 2674/2013. Art. 39, Núm. 4 y 5.)*	15	7,5	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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 0975/1982 Art. 365, 366, 373. Decreto 561 de 1984, Art. 30, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. Art. 38, Núm. 6, 7, 8. Art. 80, Parágrafo 1 y 2.)*	20		0		C
5.2	Empaque, Rotulado y vida útil *(Decreto 561 de 1984, Art. 13. Decreto 3109 de 2006. Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)*	5	2,5	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta	

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO. Señalarlo con una equis (X) el concepto correcto a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
94	X	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:

Cumplir con las medidas antes en el acta.

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia queda lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 14 del mes de 03 del año 2023 en la Ciudad de Dosquebradas.
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.
NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA
NOMBRE: Julian J.	NOMBRE:
CÉDULA: 1088302964	CÉDULA
CARGO: Prof. Apoy. SIVI	CARGO:
INSTITUCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE DOSQUEBRADAS	INSTITUCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE DOSQUEBRADAS
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA
NOMBRE: Karela Brito.	NOMBRE
CÉDULA: 1.094.935676	CÉDULA
CARGO: Ing Alimentos	CARGO:

SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A TERCEROS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

ASEGURADORA

sura

890.903.407 - 9

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2022 10 20	2022 10 21	2023 10 20

No. DE POLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
30269143	IPV361	CAMIONETA	PARTICULAR	1242	2014

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
2	FIAT	
LÍNEA VEHÍCULO	FIORINOFIRE	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
1559904	9BD25521AE8968983	9BD25521AE8968983	0.62

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ALBEIRO MURCIA GARCIA		CEDULA	94506051	

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1318	048	64447		

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
211	$ 428.700	$ 222.900	$ 2.100

TOTAL A PAGAR $ 653.700

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS.	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

FIRMA AUTORIZADA

[1]Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.

[2]Para las demás tarifas no citadas en (1).



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 recobro 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.

Texto habeas data

"Autorizo a SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, que es un dato sensible, con el fin de: enviar el contrato, entregar, transmitir o comparta mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio, con proveedores, intermediarios de seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias, para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos, para los demás contemplados en la política de privacidad.

Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando procede y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S. A. para ejercer los derechos sobre estos comuníquese al 647 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 8000518888. Para conocer las políticas de privacidad visite www.segurosura.com.co"

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. 162088196

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA EL INGENIO

NIT: 900277983

No. de Certificado de Acreditación: 09-OIN-083-008

Fecha de expedición: 2022/10/14

Fecha de vencimiento: 2023/10/14

DATOS VEHÍCULO

PLACA: IPV361

CLASE: CAMIONETA

MARCA: FIAT

MODELO: 2014

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CILINDRAJE: 1242

NRO. MOTOR: 1559904

NRO. CHASIS: 9BD25521AE8968983

VIN: 9BD25521AE8968983

LÍNEA: FIORINO FIRE

COLOR: BLANCO BIANCHISA

NOMBRE PROPIETARIO: ALBEIRO MURCIA G.

FIRMA DEL RESPONSABLE

JULIET DE DIOS BASTIDAS RODRIGUEZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028457491

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
IPV991	FIAT	FIORINO FIRE	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
1.242	BLANCO BIANCHISA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PAS
CAMIONETA	FURGON	GASOLINA	420

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
1999904	N	9BD25521AE0999903

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
******	N	9BD25521AE0999903	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES O

SIERRA AMARILES HERNANDO

IDENTIFICACIÓN

C.C. 1088238347

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE	POTENCIA HP
******	88

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

482013000380141

VR	FECHA IMPORT	PUERTAS
!	26/07/2013	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRICULA	FECHA VEN. LIC. TTO	FECHA VENCIMIENTO
02/10/2015	20/02/2023	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA MCPAL TTO CALI

LT06004919310

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1004756886

NOMBRE

CRISTIAN RICARDO RESTREPO VELEZ

FECHA DE NACIMIENTO
28-08-2001

GRUPO SANGUÍNEO
A+

FECHA DE EXPEDICIÓN
10-02-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
INSTITUTO DE MOVILIDAD DE PEREIRA



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VENCIMIENTO	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICIMOTO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	09-02-2029	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMIONETA, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS.	10-02-2029	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS.	10-02-2029	PUBLICO





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03004370773

SIRVIENDO

FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ

CARNET DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Nombre: CRISTIAN RICARDO RESTREPO VELEZ

Cedula: 1.004.756.888

Autoriza

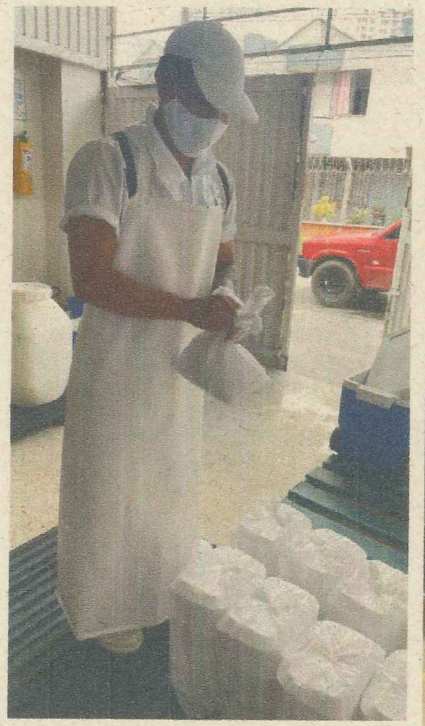
T.P. No. 63254-336586QND

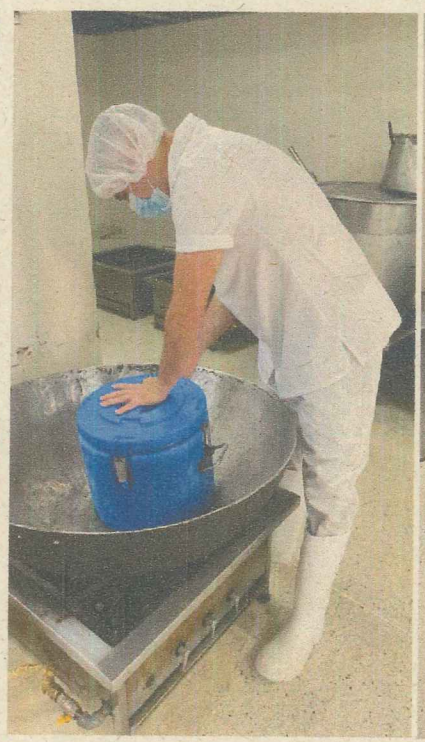
INGENIERA DE ALIMENTOS

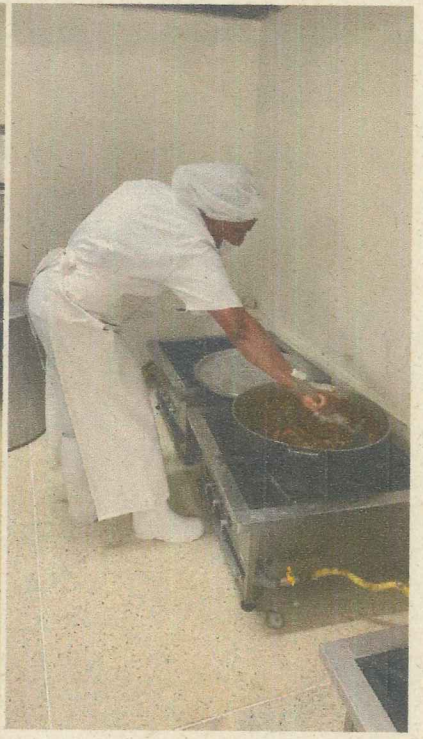
El presente carné certifica que el titular se encuentra incluido en el programa de capacitación y entrenamiento en manipulación de alimentos 10 horas anuales, a través de LA FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ

Fecha de expedición: 27 MARZO DE 2023

Válido hasta: 27 MARZO DE 2024







SIRVIENDO
PAZ

FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ
NIT: 901.092.480-4

Hojas de vida

CALLE 25 # 20-130 LA PRADERA DOSQUEBRADAS
sirpas0626@gmail.com

SIRVIENDO	HOJA DE VIDA	Código: FO-GTH-02 Fecha V:21-Jul-2022 Versión: 01 Página: 1 de 5



INSTRUCCIONES:
La presente información se considerará como CONFIDENCIAL.
Debe llenarse a mano y NO DEJAR NINGÚN ESPACIO EN BLANCO.
Los datos que suministre deben ser exactos y veraces, cualquier inexactitud u omisión ocasionará la cancelación del contrato celebrado con base en estas informaciones.
El solicitante acepta someterse a los exámenes de selección que determine la Fundación.

CARGO AL QUE ASPIRA	FECHA EN QUE PUEDE EMPEZAR A TRABAJAR
Auxiliar de cocina	10-02-2022

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASPIRANTE

Primer Apellido: Bañol Segundo Apellido: Arbeláez

Primer Nombre: John Segundo Nombre: Fredy

Sexo: M [X] F Estado Civil: Soltero(a) [X] Casado(a) Viudo(a) Unión Libre Divorciado(a)

Fecha de Nacimiento: 23-11-2002 Edad: 26 años

Lugar de Nacimiento: Dosquebradas Departamento: Risaralda Nacionalidad: Colombiano

Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] NIT. [ ] C. EXTR. [ ] Número: 1088028565 Expedida en: Dosquebradas

Libreta Militar No. 1088028565 Distrito No. 054 Clase: 1ra clase

Licencia de Conducción No: 1088028565 Categoría: B2

Dirección Domicilio: Cs 16 Diego Jaramillo Barrio: los rosales Teléfono: 3134107861

Tiempo de estar viviendo en ese lugar: 18 meses ¿Con quién vive? Papas - 2 hermanes

Ciudad: Dosquebradas Departamento: Risaralda

Correo electrónico: JF405440@gmail.com

Profesión, ocupación u oficio:	Años de experiencia laboral:
Desarrollo grafico	8 años

SIRVIENDO	HOJA DE VIDA	Código: FO-GTH-02 Fecha V:21-Jul-2022 Versión: 01 Página: 2 de 5

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

NIVEL	No. DE AÑOS APROBADOS	FECHA DESDE AÑO	FECHA HASTA AÑO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	TITULO OBTENIDO	TÍTULO SI	TÍTULO NO
PRIMARIA	5	2003	2008	fabio vasquez Botero	Dosquebradas	Primaria	X	
BACHILLERATO Académico X Técnico Comercial Otro	6	2009	2014	I.E agustin nieto Caballero	Dosquebradas	Bachiller académico	X	
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
EDUCACIÓN SUPERIOR Técnico Tecnológico X Profesional	2	2017	2019	Sena	Dosquebradas	Desarrollo Grafico	x	
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
POSGRADOS	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

(Indique a continuación otros cursos, diplomados, seminarios que usted haya tomado y que estén relacionados con el trabajo que desea desempeñar)

SIRVIENDO PAZ	HOJA DE VIDA	Código: FO-GTH-02 Fecha V:21-Jul-2022 Versión: 01 Página: 3 de 5

NOMBRE DEL PROGRAMA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	DURACIÓN			TERMINACIÓN	TIENE CONSTANCIA	
			Años	Meses	Días		SI	NO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

¿Cursa estudios actualmente? SI ☐ NO ☒	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / Semestre que curso
	N/A		N/A

Nombre de la Institución:	Horario:			
N/A	Diurno		Fin de Semana	
	Nocturno		A distancia	

III. RELACIONES CON FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ

¿Ha trabajado usted anteriormente para esta Fundación? SI ☐ NO ☒
Dependencia_____ tiempo: Desde_____Hasta_____

VI. EXPERIENCIA

(Favor relacionar los últimos 3 empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el ultimo o actual. Si necesita dar mas detalles háganlo en el reverso de la hoja. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial)

Nombre de la última o actual empresa:	Dirección:	Telefóno (s):
fondacion Sirviendo paz	calle 25 # 20-126	N/A
Nombre de su jefe inmediato:	**Cargo:**	**Total tiempo de servicio:**
Marcela Brito	ingeniera de alimentos	2 años

Fecha de ingreso:	Fecha de Retiro:	Sueldo final:	Cargo (s) desempeñado (s) por usted:
10-02-2022		1000000	Auxiliar de cocina

Funciones realizadas:
Aseo, Realistamiento de alimentos

Logros Obtenidos:
N/A

Motivo de Retiro: actualmente laborando

SIRVIENDO	HOJA DE VIDA	Código: FO-GTH-02 Fecha V:21-Jul-2022 Versión: 01 Página: 4 de 5

Nombre de la empresa:	Dirección:	Telefóno (s):
fundacion vivir sirviendo	villavicencio cra 9 # 1-14	N/A
Nombre de su jefe inmediato:	**Cargo:**	**Total, tiempo de servicio:**
leonor Montero	Jefe del personal	1 año

Fecha de ingreso:	Fecha de Retiro:	Sueldo final:	Cargo (s) desempeñado (s) por usted:
25-03-2019	29-11-2019		Auxiliar de producción

Funciones realizadas:

Logros Obtenidos:

Motivo de Retiro:
cancelacion del contrato

Nombre de la empresa:	Dirección:	Telefóno (s):
N/A	N/A	N/A
Nombre de su jefe inmediato:	**Cargo:**	**Total, tiempo de servicio:**
N/A	N/A	N/A

Fecha de ingreso:	Fecha de Retiro:	Sueldo final:	Cargo (s) desempeñado (s) por usted:
N/A	N/A	N/A	N/A

Funciones realizadas:
N/A

Logros Obtenidos:
N/A

Motivo de Retiro:
N/A

SIRVIENDO PAZ	HOJA DE VIDA	Código: FO-GTH-02 Fecha V:21-Jul-2022 Versión: 01 Página: 5 de 5

V. REFERENCIAS PERSONALES

(Relacione 2 nombres de personas distintas a familiares, empleadores o empleados de la FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ)

Nombre y Apellidos	Ocupación	Dirección	Teléfono
Daniel Bozman	oficios varios	Santiago londoño	3177876409
leonor Montero	Jefe del Personal	los almendros	3188578109

(Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente)

Luz Adriana ortiz	Auxiliar producción	frailes cs 36	3104366321

VI. INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

(Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Entidad promotora de Salud (EPS)?	¿Fondo de Pensiones?	¿Riesgos Laborales (ARL)?
SI ☒ NO ☐	SI ☒ NO ☐	SI ☒ NO ☐
¿Cuál?: salud total	¿Cuál?: Porvenir	¿Cuál?: AXA colpatria
Cotizante ☒ Beneficiario ☐		

PREGUNTAS	SI	NO
¿Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción?	X	

CERTIFICACIÓN

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente Hoja de Vida son veraces (C.S.T., Art. 62 Num. 1) Régimen Laboral Colombiano.

CIUDAD:	FECHA:	FIRMA DEL SOLICITANTE:
Dosquebradas 26-08-2022	26-08-2022	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.028.565**

BAÑOL ANDICA

APELLIDOS

JOHN FREDY

NOMBRES

John Fredy Bañol.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-NOV-1996**

DOSQUEBRADAS
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-NOV-2014 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2402500-00652640-M-1088028565-20141218 0041996018A 1 41703876

SIRVIENDO
PAZ

FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ
NIT: 901.092.480-4

PERSONAL

CALLE 25 # 20-130 LA PRADERA DOSQUEBRADAS
sirpas0626@gmail.com

La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa
Agustín Nieto Caballero

Frailes - Dosquebradas - Risaralda

Licencia de Funcionamiento, según Resolución 2527 del 22 de noviembre de 2002, de la Secretaría de Educación y Cultura Departamental.

Confiere a

John Fredy Bañol Andica

C.C. 1.088.028.565 de Dosquebradas

El Título de

Bachiller Académico

Quien cursó y aprobó el plan de estudios de la Educación Media Académica, según la Ley General de Educación y establecido en el Proyecto Educativo Institucional.
En testimonio de ello le otorga el presente diploma.

Rectoría

Secretaria

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro 2 Folio 10 Diploma 6

Dado en Dosquebradas - Risaralda a 4 de diciembre de 2014

Acta de Grado

Dane 266170000927
Código Icfes: 065052
Jornada: Mañana y Tarde

Institución Educativa

Agustín Nieto Caballero

Dosquebradas - Risaralda

En Dosquebradas Risaralda a 4 de diciembre de 2014, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, el Rector y la Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa "Agustín Nieto Caballero"; institución con licencia de funcionamiento, según resolución 2527 del 22 de noviembre de 2002 de la Secretaría de Educación y Cultura Departamental.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al ciclo de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

John Fredy Bañol Andica

C.C. 1.088.028.565 de Dosquebradas

Es fiel copia tomada del Acta general 80 del 4 de diciembre de 2014, la cual consta de 76 graduandos, que comienza con Andrés Felipe Aguirre López y cierra con Olga Lucia Zapata Orozco.

Firmada por quienes intervinieron en cumplimiento con lo ordenado en el artículo 7 del Decreto 180 de 1981 y el Decreto 921 de 1994

Fixonder de Jesús Quiroz Grajales
C.C. 4.350.616 de Apía
Rector

Dolly Matilde Vallejo Quiroz
C.C. 24 546 021 de Belén de Umbría
Secretaria

SIRVIENDO

FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ

CARNET DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Nombre: JHON FREDY BAÑOL ANDICA

Cedula: 1.088.028.565

Autoriza

T.P. No. 63254-336586QND

INGENIERA DE ALIMENTOS

El presente carné certifica que el titular se encuentra incluido en el programa de capacitación y entrenamiento en manipulación de alimentos, a través de LA FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ

Fecha de expedición: 10 FEBRERO DE 2023

Válido hasta: 10 FEBRERO DE 2024

LABORATORIO CLÍNICO

DRA. LUCY HERNANDEZ MEJIA
Laboratorio Clínico General y Especializado
Tarjeta profesional 055b del Servicio Seccional de Salud de Risaralda

Fecha: **FEBRERO 9 DE 2023**
No de Orden: 28
Paciente: **JOHN FREDY BAÑOL ANDICA**
Documento **ID: C.C. 1.088.028.565** **EDAD: 26 AÑOS**

HORA DE RECEPCION: 08:36 A.M. **HORA DE IMPRESIÓN: 16:27PM**

EXÁMENES SOLICITADOS: KOH de Uñas Manos, Gram Directo Frotis de Garganta, coprológico.

KOH DE UÑAS: NEGATIVO PARA HONGOS.

GRAM DIRECTO FROTIS DE GARGANTA:

REACCION LEUCOCITARIA:NO SE OBSERVA
COCOS GRAM POSITIVOS EN PARES: +

COPROLOGICO:

ANALISIS FISICO QUIMICO	RESULTADO
CONSISTENCIA:	BLANDO
COLOR:	CARMELITA
MOCO:	
SANGRE OCULTA:	
AZUCARES REDUCTORES:	
PH:	9,0 alcalino
WRIGHT:	
RESIDUOS:	
MICROSCOPICO	
ALMIDONES :	
FIBRAS VEGETALES	
GRASAS:	
LEUCOCITOS:	
ERITROCITOS:	
LEVADURAS:	
PARASITOS:	NO SE OBSERVAN PARASITOS EN LA MUESTRA EXAMINADA

Firma
TARJETA PROFESIONAL No 095BS.S.S.-RISARALDA.
"LA INTERPRETACION DE ESTE Y TODO EXAMEN DE LABORATORIO CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"

Calle 35 No. 5B-09 Piso 2° - Tel. 326 3049 - Fax. 336 3585 Cel. 312 259 5676
Correo electronico: lhm60@yahoo.es
PEREIRA - RISARALDA

SANDRA JANETH PARRA MANRIQUE
Médico Especialista Salud Ocupacional
Reg. 1383/07

CERTIFICADO DE APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EL DÍA: Febrero 12/ 2023
CON C.C. No. 1.088.028.565
EL TRABAJADOR: John Fredy Bañol Andica
DE: Obradas
QUIEN OCUPA EL CRGO DE: Manipulador de alimentos
EN LA EMPRESA: F. Sirviendo Paz
SE LE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXÁMENES REALIZADOS	
1. EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
2. COPROLÓGICO	✓
3. KOH DE UÑAS	✓
4. GRAM DIRECTO FROTIS DE GARGANTA	✓
5. GRAM DIRECTO FROTIS DE PIEL	—
6. SEROLOGÍA V.D.R.L	—

CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS

SI [X] No [ ]

CAUSA: Sin Restricciones

PRUEBA A REPETIR:

DE ACUERDO CON EL CONCEPTO DE APTITUD SE SUGIEREN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
Control periódico / EPS	Bioseguridad Covid-19. uso permanente Tapabocas lavado frecuente manos

SE DEBEN IMPLEMENTAR POR PARTE DE LA EMPRESA, TODAS LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y COMUNITARIAS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA CONTENER LA PROPAGACIÓN DEL COVID-19.

DURANTE LA ATENCIÓN SE APLICARON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD COMO: DISTANCIAMIENTO SOCIAL, DESINFECCIÓN DE CALZADO Y MANOS AL INGRESO, TOMA DE TEMPERATURA CON TERMÓMETRO INFRARROJO Y ENCUESTA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON COVID-19. CUMPLIMOS CON EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PARTE DE LOS TRABAJADORES (GORRO, GAFAS, MASCARILLA, BATA MANGA LARGA ANTIFLUIDO Y OTROS).

Firma y Sello del Médico:
Lic. Salud Ocupacional 1383/07

Email: sjparra3@hotmail.com

minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Ramirez Mosquera	Gloria Amparo
Fecha de nacimiento (D / M / A)	**Lugar de nacimiento**
09 / 03 / 1973	Pueblo Rico Risaralda
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Plan 3 zona 1 cs 139 Camilo Torres	Dosquebradas
Teléfono	**N°. Celular**
	3148795144
Correo electrónico	**Nacionalidad**
gr9351945@gmail.com	Colombia
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
	Soltera
Años de experiencia laboral	
1 año con 8 meses,	

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X]	No. 42105985	(**) Libreta militar No.	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ]	Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy Cocinera con experiencia en restaurante competente para la preparación de platos limpiesas de utencillos y materiales y control de si mismo disponible para trabajar en horario rotativos.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	Fecha (D / M / A)	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [X] — Nombre — Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X]	Nombre — Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Acepta trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familia? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Lucia Mosquera	Teléfono: 3122198801 — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 año
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1300.000	
¿Por qué conceptos? Arriendo / Servicios Publicos / Alimentacion		¿Cuánto es su aspiración salarial? $ lo asignado	
¿Cuál es su principal afición? ninguna	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?

Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones.

REV 05-2019

13840097

7702126007815

OP-34793

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	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	2003	7	la primaria	Pio XII Santa Cecilia	Santa cecilia
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐ Tecnológico ☐ Profesional ☐					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Sí ☐ No ☒	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución: Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí ☐ No ☒ ¿Qué programas maneja?								
	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas Sí ☐ No ☒ ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
	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 DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ULTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Restaurante "Emanuel"	Alimento	Av. 30 agosto Invada La 40,	3126461963

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Jefe Cocina	Cocina	D 6 M 05 A 2019	11 05 2020	$ minimo	$ minimo

Funciones realizadas: Preparar la alimentos, Sacar Pedidos, llevar a mesa. empacar domicilio

Nombre de su jefe inmediato: angie paola Ramirez — Cargo: Jefe

Logros obtenidos: 2x Puntualidad

Tipo de contrato: Indefinido ☒ ¿Cuanto tiempo? Fijo ☐ — Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ — Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☒ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ — Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro: Pandemia.

minerva

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco		Edades
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio		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	2003	7	la Primaria	Pio XII Santa Cecilia	Santa cecilia
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐ Tecnológico ☐ Profesional ☐					
Posgrados					

	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			

¿Cursa estudios actualmente? Sí ☐ No ☒	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución		**Horario** Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí ☐ No ☒ ¿Qué programas maneja?	1.	R B MB	3.	R B MB
	2.	R B MB	4.	R B MB

Idiomas Sí ☐ No ☒ ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB
	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 DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Restaurante "Emanuel"	Alimento	Av. 30 Agosto Jardala La 40,	3126461963

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Jefe Cocina	Cocina	D 6 M 05 A 2019	11 05 2020	$ minimo	$ minimo

Funciones realizadas: Preparar la alimentos, Sacar Pedidos llevar a mesa. Empacar domicilio

Nombre de su jefe inmediato	Cargo
angie paola Ramirez	Jefe

Logros obtenidos: 2X Puntualidad

Tipo de contrato: Indefinido ☒ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☒ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro: Pandemia.

minerva

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Casa de Familia	trabajo domestico	Providencia	3105011999

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Empleada domestica	Casa	15 01 2017	18 08 2018	$minimo	$minimo

Funciones realizadas: lavar, cocinar aseo, Planchar, cuidar de la casa

Nombre de su jefe inmediato: Maria Ruth Patiño — Cargo: JEFE

Logros obtenidos: experiencia

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? — Contrato directo con la empresa [ ] — Otro [ ] ¿Cuál? — Fijo [ ] — Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [✓] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] — Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: Cambio de residencia

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso (D M A)	Fecha Retiro (D M A)	Sueldo Inicial	Sueldo Final
				$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato — Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? — Contrato directo con la empresa [ ] — Otro [ ] ¿Cuál? — Fijo [ ] — Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] — Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Claudia Perea.	Vigilante	Frailes	3126973244
2.	Danikan Ramirez	desempleada	Camilo Torres.	3242141857

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Dagnover Ramirez M	Ejercito Nacional	Bogota	3134317155
2.	Tiberio Ramirez.	trabajador Independiente	Camilo Torres.	3153455791

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [ ] Marque con una X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le 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

Gloria Amparo R M

C.C. 42105985

minerva

SANDRA JANETH PARRA MANRIQUE
Médico Especialista Salud Ocupacional
Reg. 1383/07

CERTIFICADO DE APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EL DÍA: Abril 17/2023
EL TRABAJADOR: Gloria Amparo Ramirez Hosguero
CON C.C. No. 42.105.985
DE:
QUIEN OCUPA EL CRGO DE: Manipulador de alimentos
EN LA EMPRESA: Fundacion Sirviendo Paz
SE LE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXÁMENES REALIZADOS	
1. EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
2. COPROLÓGICO	✓
3. KOH DE UÑAS	✓
4. GRAM DIRECTO FROTIS DE GARGANTA	✓
5. GRAM DIRECTO FROTIS DE PIEL	
6. SEROLOGÍA V.D.R.L	

CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS

SI [X] No [ ]

CAUSA:

Sin Restricciones

PRUEBA A REPETIR:

DE ACUERDO CON EL CONCEPTO DE APTITUD SE SUGIEREN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
Control periódico / EPS	Bioseguridad Covid-19 - uso permanente Tapabocas - lavado frecuente manos

SE DEBEN IMPLEMENTAR POR PARTE DE LA EMPRESA, TODAS LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y COMUNITARIAS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA CONTENER LA PROPAGACIÓN DEL COVID-19.

DURANTE LA ATENCIÓN SE APLICARON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD COMO: DISTANCIAMIENTO SOCIAL, DESINFECCIÓN DE CALZADO Y MANOS AL INGRESO, TOMA DE TEMPERATURA CON TERMÓMETRO INFRARROJO Y ENCUESTA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON COVID-19. CUMPLIMOS CON EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PARTE DE LOS TRABAJADORES (GORRO, GAFAS, MASCARILLA, BATA MANGA LARGA ANTIFLUIDO Y OTROS).

Firma y Sello del Médico:

Lic. Salud Ocupacional

MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
REG. 1383-07

1383/07

Email: sjparra3@hotmail.com

LABORATORIO CLÍNICO

DRA. LUCY HERNANDEZ MEJIA
Laboratorio Clínico General y Especializado
Tarjeta profesional 095b del Servicio Seccional de Salud de Risaralda

Fecha: **ABRIL 14 DE 2023**
No de Orden: 67
Paciente: **GLORIA AMPARO RAMIREZ MOSQUERA**
Documento **ID: C.C. 42.105.985 EDAD: 50 AÑOS**

HORA DE RECEPCION: 7:45 A.M. **HORA DE IMPRESIÓN: 10:52AM**

EXÁMENES SOLICITADOS: KOH de Uñas Manos, Gram Directo Frotis de Garganta, coprológico.

KOH DE UÑAS: NEGATIVO PARA HONGOS.

GRAM DIRECTO FROTIS DE GARGANTA:

REACCION LEUCOCITARIA: NO SE OBSERVA
COCOS GRAM POSITIVOS EN PARES: +

COPROLOGICO:

ANALISIS FISICO QUIMICO	RESULTADO
CONSISTENCIA:	**BLANDO**
COLOR:	**CAFE**
MOCO:	
SANGRE OCULTA:	
AZUCARES REDUCTORES:	
PH:	**8,0 alcalino**
WRIGHT:	
RESIDUOS:	
MICROSCOPICO	
ALMIDONES :	
FIBRAS VEGETALES	
GRASAS:	
LEUCOCITOS:	
ERITROCITOS:	
LEVADURAS:	
PARASITOS:	**NO SE OBSERVAN PARASITOS EN LA MUSTRA EXAMINADA**

Firma
TARJETA PROFESIONAL No 095BS.S.S.-RISARALDA.
"LA INTERPRETACION DE ESTE Y TODO EXAMEN DE LABORATORIO CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"

Calle 35 No. 58-09 Piso 2° - Tel. 326 3049 - Fax. 336 3585 Cel. 312 259 5676
Correo electrónico: lhm68@yahoo.es
PEREIRA - RISARALDA

SIRVIENDO

FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ

CARNET DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Nombre: GLORIA AMPARO RAMIREZ MOSQUERA
Cedula 42.105.985

Autoriza
T.P. No. 63254-336586QND
INGENIERA DE ALIMENTOS

El presente carné certifica que el titular se encuentra incluido en el programa de capacitación y entrenamiento en manipulación de alimentos, a través de LA FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ

Fecha de expedición: 23 FEBRERO DE 2023
Válido hasta: 23 FEBRERO DE 2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.105.985**

RAMIREZ MOSQUERA
APELLIDOS

GLORIA AMPARO
NOMBRES

Gloria Amparo R M
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAR-1973**
PUEBLO RICO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-JUN-1991 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

A-2407000-54123812-F-0042105985-20041110 05114 04314N 02 143533972

SIRVIENDO PAZ	HOJA DE VIDA	Código: FO-GTH-02 Fecha V:21-Jul-2022 Versión: 01 Página: 1 de 5



INSTRUCCIONES:
La presente información se considerará como CONFIDENCIAL.
Debe llenarse a mano y NO DEJAR NINGÚN ESPACIO EN BLANCO.
Los datos que suministre deben ser exactos y veraces, cualquier inexactitud u omisión ocasionará la cancelación del contrato celebrado con base en estas informaciones.
El solicitante acepta someterse a los exámenes de selección que determine la Fundación.

CARGO AL QUE ASPIRA	FECHA EN QUE PUEDE EMPEZAR A TRABAJAR
Auxiliar de cocina	10-02-2022

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASPIRANTE

Primer Apellido: Gallego Segundo Apellido: Loaiza

Primer Nombre: Alejandro Segundo Nombre:

Sexo: M X F Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) Viudo(a) Unión Libre Divorciado(a)

Fecha de Nacimiento: 23-03-2022 Edad: 37 años

Lugar de Nacimiento: chinchina Departamento: caldas Nacionalidad: Colombiano

Documento de Identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ NIT. ☐ C. EXTR. ☐ Número: 4515477 Expedida en: Pereira

Libreta Militar No. Distrito No. 022 Clase: 2da clase Licencia de Conducción No: Categoría: A2 4.515.477

Dirección Domicilio: cra 6 bis # 2e-29 Teléfono: 3136674070

Barrio: Alfonso lopez

Tiempo de estar viviendo en ese lugar: 13 años ¿Con quién vive? mamá

Ciudad: Pereira Departamento: Risaralda

Correo electrónico: alejandrogallegog@outlook.com

Profesión, ocupación u oficio: oficios varios Años de experiencia laboral: 20 años

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

NIVEL	No. DE AÑOS APROBADOS	FECHA		NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	TITULO OBTENIDO	TÍTULO	
		DESDE AÑO	HASTA AÑO				SI	NO
PRIMARIA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NIVEL	No. DE AÑOS APROBADOS	FECHA		NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	TITULO OBTENIDO	TÍTULO	
		DESDE AÑO	HASTA AÑO				SI	NO
BACHILLERATO Académico Técnico Comercial Otro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
EDUCACIÓN SUPERIOR Técnico Tecnológico Profesional	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
POSGRADOS	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

(Indique a continuación otros cursos, diplomados, seminarios que usted haya tomado y que estén relacionados con el trabajo que desea desempeñar)

SIRVIENDO PAZ	HOJA DE VIDA	Código: FO-GTH-02 Fecha V:21-Jul-2022 Versión: 01 Página: 3 de 5

NOMBRE DEL PROGRAMA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	DURACIÓN			TERMINACIÓN	TIENE CONSTANCIA	
			Años	Meses	Días		SI	NO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / Semestre que cursa
SI ☐ NO ☒	N/A		N/A

Nombre de la Institución:	Horario:			
	Diurno		Fin de Semana	
N/A	Nocturno		A distancia	

III. RELACIONES CON FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ

¿Ha trabajado usted anteriormente para esta Fundación? SI ☐ NO ☒
Dependencia_____ tiempo: Desde_____ Hasta_____

VI. EXPERIENCIA

(Favor relacionar los últimos 3 empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el ultimo o actual. Si necesita dar mas detalles háganlo en el reverso de la hoja. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial)

Nombre de la última o actual empresa:	Dirección:	Telefóno (s):
Fundación Sirviendo paz	cll 25 N° 20-126 Y 130	N/A
Nombre de su jefe inmediato:	**Cargo:**	**Total tiempo de servicio:**
Marcela Brito	ingeniero de alimentos	2 años
Fecha de ingreso:	**Fecha de Retiro:**	**Sueldo final:**	**Cargo (s) desempeñado (s) por usted:**
10-02-2022		1000.000	Auxiliar de cocina

Funciones realizadas:

Preslistamiento de los alimentos • Aseo

Logros Obtenidos:

Mejorar la calidad de trabajo

Motivo de Retiro: actualmente laborando

SIRVIENDO PAZ	HOJA DE VIDA	Código: FO-GTH-02 Fecha V:21-Jul-2022 Versión: 01 Página: 4 de 5

Nombre de la empresa:	Dirección:	Telefóno (s):
Fondalimentos	la badea	3300260
Nombre de su jefe inmediato:	**Cargo:**	**Total, tiempo de servicio:**
Carlos Parra	ingeniero de alimentos	

Fecha de ingreso:	Fecha de Retiro:	Sueldo final:	Cargo (s) desempeñado (s) por usted:
N/A	N/A	644.350	Auxiliar de cocina

Funciones realizadas:

• Aseo - oficios varios

Logros Obtenidos:

N/A

Motivo de Retiro:

Renuncia voluntaria

Nombre de la empresa:	Dirección:	Telefóno (s):
N/A	N/A	N/A
Nombre de su jefe inmediato:	**Cargo:**	**Total, tiempo de servicio:**
N/A	N/A	N/A

Fecha de ingreso:	Fecha de Retiro:	Sueldo final:	Cargo (s) desempeñado (s) por usted:
N/A	N/A	N/A	N/A

Funciones realizadas:

N/A

Logros Obtenidos:

N/A

Motivo de Retiro:

N/A

SIRVIENDO PAZ	HOJA DE VIDA	Código: FO-GTH-02 Fecha V:21-Jul-2022 Versión: 01 Página: 5 de 5

V. REFERENCIAS PERSONALES

(Relacione 2 nombres de personas distintas a familiares, empleadores o empleados de la FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ)

Nombre y Apellidos	Ocupación	Dirección	Teléfono
orlando Marquez	independiente	Pereira	3206127068
Salvador ortiz	independiente	Pereira	3218161465

(Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente)

lucia loaiza	ama de casa	Alfonso lopez	3212234

VI. INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

(Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Entidad promotora de Salud (EPS)?	¿Fondo de Pensiones?	¿Riesgos Laborales (ARL)?
SI [X] NO [ ] ¿Cuál?: Salud total Cotizante [X] Beneficiario [ ]	SI [X] NO [ ] ¿Cuál?: Protección	SI [X] NO [ ] ¿Cuál?: Axa colpatria

PREGUNTAS	SI	NO
¿Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción?		

CERTIFICACIÓN

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente Hoja de Vida son veraces (C.S.T., Art. 62 Num. 1) Régimen Laboral Colombiano.

CIUDAD:	FECHA:	FIRMA DEL SOLICITANTE:
Dosquebradas	26-08-2022	Alexandra Gallego C

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4515477

GALLEGO LOAIZA
APELLIDOS

ALEJANDRO
NOMBRES

Alejandro Gallego L.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1984

CHINCHINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

A-
G.S. RH

M
SEXO

17-ABR-2002 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2400100-54103861-M-0004515477-20020708 06044 02186A 01 128595961

SANDRA JANETH PARRA MANRIQUE
Médico Especialista Salud Ocupacional
Reg. 1383/07

CERTIFICADO DE APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EL DÍA: Febrero 12/2023
CON C.C. No. 4.515.477
QUIEN OCUPA EL CRGO DE: Manipulador de alimentos
EN LA EMPRESA: F. Saavedra Paz
SE LE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EL TRABAJADOR: Alejandro Gallego Ibarra
DE:

EXÁMENES REALIZADOS	
1. EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
2. COPROLÓGICO	✓
3. KOH DE UÑAS	✓
4. GRAM DIRECTO FROTIS DE GARGANTA	✓
5. GRAM DIRECTO FROTIS DE PIEL	—
6. SEROLOGÍA V.D.R.L	—

CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS

SI [X] No [ ]

CAUSA: Sin Restricciones

PRUEBA A REPETIR:

DE ACUERDO CON EL CONCEPTO DE APTITUD SE SUGIEREN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
Control periodico / EPS	- Bioseguridad Covid-19 - Uso permanente Tapabocas - lavado frecuente manos

SE DEBEN IMPLEMENTAR POR PARTE DE LA EMPRESA, TODAS LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y COMUNITARIAS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA CONTENER LA PROPAGACIÓN DEL COVID-19.

DURANTE LA ATENCIÓN SE APLICARON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD COMO: DISTANCIAMIENTO SOCIAL, DESINFECCIÓN DE CALZADO Y MANOS AL INGRESO, TOMA DE TEMPERATURA CON TERMÓMETRO INFRARROJO Y ENCUESTA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON COVID-19. CUMPLIMOS CON EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PARTE DE LOS TRABAJADORES (GORRO, GAFAS, MASCARILLA, BATA MANGA LARGA ANTIFLUIDO Y OTROS).

Firma y Sello del Médico:
Lic. Salud Ocupacional

Email: sjparra3@hotmail.com

SIRVIENDO

FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ

CARNET DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Nombre: GALLEGO LOAIZA ALEJANDRO

Cedula: 4.517.477

Autoriza

T.P. No. 63254-336586QND

INGENIERA DE ALIMENTOS

El presente carné certifica que el titular se encuentra incluido en el programa de capacitación y entrenamiento en manipulación de alimentos, a través de LA FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ

Fecha de expedición: 10 FEBRERO DE 2023

Válido hasta: 10 FEBRERO DE 2024