VEHICULO REFRIGERIOS

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10034167155

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
POZ591	KARRY	SQR5023XXYK06	2026

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
1.173	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	PANEL	GASOLINA	486

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
SQR472WBABRM01109	N	LVM6A1A13TB202158

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
LVM6A1A13TB202158	N	LVM6A1A13TB202158	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
INVERSIONES Y PROYECTOS PREMIER SA	NIT 901416572

Scanned with CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD
******

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
79



DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
352025000882268

VE
I

FECHA IMPORT.
28/03/2025

PUERTAS
5

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA
24/04/2025

FECHA EXP. LIC TTO.
24/04/2025

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
SECRETARÍA DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA

Servicios Integrales 54004.15.0-28 04/24

LT03009130504

Scanned with CamScanner

SOAT

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

PREVISORA SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO | MES | DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA
2025-04-23	2025-04-24	2026-04-23

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
3308005850911000	POZ591	CAMPEROS O CAMIONET	PUBLICO	1173	2026

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
2	KARRY	SQR5023XXYK06	PANEL

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
SQR472WBABRM01109	LVM6A1A13TB202158	LVM6A1A13TB202158	0.49

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
INVERSIONES Y PROYECTOS PREMIER SAS	3186951902	NI	9014165726	FUNZA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1324	33	14237	0	BOGOTA D.C

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
211	$ 518100	$ 269400	$ 2100

TOTAL A PAGAR

$ 789600

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, 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	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

[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).**

RECUERDE QUE:

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

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

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

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

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de internet www.previsora.gov.co

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICÁ	GESTIÓN DE SALUD	CÓDIGO: GSA-FM-069	invima
	FORMATO	VERSIÓN: 03	
	ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS	FECHA: 05/MAY/2023	

CIUDAD:	Cajicá	FECHA	12/Febrero/2026	ACTA NUMERO	010-2026
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD		Secretaria de Salud de Cajicá			

IDENTIFICACION DEL VEHICULO

NOMBRE DEL PROPIETARIO	Inversiones y Proyectos Premier SA.				
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C	C.E	NIT X	NUMERO DE DOCUMENTO	901416572.
PLACA DEL VEHICULO	P02591.	NUMERO DE INSCRIPCION	25126P02591.		
TELEFONO	3014415304.				
CORREO ELECTRONICO DEL PROPIETARIO	grupoinnovaco@gmail.com				
DIRECCION DE NOTIFICACION	Calle 142 # 11-14.				
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	MUNICIPIO	Bogota.		
CLASE DE VEHICULO	CAMIONETA X	CAMION	MOTO	OTRO	CUAL
MARCA	Kayy	MODELO	2026	COLOR	Blanco
TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO	Alimentos Preparados y Industrializados.			SISTEMA DE REFRIGERACION	SI / No X
HORARIO DE FUNCIONAMIENTO	D-D 24 horas.			NUMERO DE TRABAJADORES	2

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	Primera Vez	FAVORABLE	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	DESFAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%

***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:	Solicitud Verbal		

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

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.57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)*	12 X	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 X	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 X	6,5	0		C
3.2	Reconocimiento Médico *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	4 X	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 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)*	13 X	6,5	0		C
3.4	Educación y Capacitación *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	6 X	3	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		36%		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. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 6, 7, 8. 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	
100%	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	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	NA

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:
	X	/

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Se solicita y se recibe autorización para tomar registro fotografico y tratamiento de datos. Se diligencia y se entrega copia de Acta. Vehiculo Inscrito 12/febrero/2026. Saludo a Nivel Nacional.

Por parte del establecimiento:

Ninguna

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 12 del mes de febrero del año 2026 en la Ciudad de Cajica.

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: Lady Johanna Rivera	NOMBRE:
CÉDULA: 1018005085 Cajica	CÉDULA:
CARGO: Ing Alimentos-Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud Cajica	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Jairo Bau Jimenez	NOMBRE:
CÉDULA: 80117175	CÉDULA:
CARGO: Auxiliar	CARGO:

CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULO AUTOMOTOR

Entre los suscritos a saber: INVERSIONES Y PROYECTOS PREMIER S.A.S., sociedad comercial legalmente constituida conforme a las leyes de la República de Colombia, identificada con NIT 901.416.572-6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., representada para efectos del presente contrato por ESTHER ROSERO PARRA, en su calidad de Gerente Administrativa, debidamente facultada, quien en adelante se denominará EL ARRENDADOR;

Y por otra parte, GRUPO COMERCIAL SINERGIA S.A.S., sociedad comercial legalmente constituida conforme a las leyes de la República de Colombia, identificada con NIT 901.719.588-4, con domicilio principal en Gachancipá., representada por su Representante Legal, quien en adelante se denominará EL ARRENDATARIO;

Se celebra el presente CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULO AUTOMOTOR, el cual se regirá por las normas del Código Civil, Código de Comercio y demás disposiciones concordantes, previas las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. EL ARRENDADOR concede a EL ARRENDATARIO el uso y goce, a título de arrendamiento, del siguiente vehículo automotor de su propiedad:

- Marca: KARRY
- Modelo: 2026
- Placa: POZ 591
- Tipo: Vehículo de carga
- Servicio: Publico
- Propietario: INVERSIONES Y PROYECTOS PREMIER S.A.S.

CLÁUSULA SEGUNDA. PROPIEDAD Y DISPONIBILIDAD EL ARRENDADOR declara que es el legítimo propietario del vehículo objeto del presente contrato, el cual se encuentra libre de gravámenes, embargos o limitaciones que afecten su uso.

CLÁUSULA TERCERA. ENTREGA DEL VEHÍCULO EL ARRENDADOR hará entrega material del vehículo junto con:

- Tarjeta de propiedad
- SOAT vigente
- Certificado de revisión técnico-mecánica vigente
- Llaves y accesorios
- La entrega constará mediante acta suscrita por las partes.

CLÁUSULA CUARTA. CANON DE ARRENDAMIENTO. El canon de arrendamiento será la suma de: SESENTA MIL PESOS M/CTE ($60.000) por cada hora efectiva de uso del vehículo. El valor mensual se determinará conforme al número de horas efectivamente utilizadas.

CLÁUSULA QUINTA. FORMA DE PAGO EL ARRENDATARIO pagará el valor correspondiente dentro de los primeros cinco (5) días calendario de cada mes, previa presentación de factura por

parte de EL ARRENDADOR. El pago se realizará mediante transferencia bancaria a la cuenta designada por EL ARRENDADOR.

CLÁUSULA SEXTA. PLAZO El presente contrato tendrá una duración de un (1) año, contado desde el 25 de febrero de 2026 hasta el 25 de febrero de 2027.

CLÁUSULA SÉPTIMA. DESTINACIÓN EL ARRENDATARIO se obliga a utilizar el vehículo exclusivamente para actividades logísticas, transporte de mercancías, alimentos o actividades propias de su objeto social.

CLÁUSULA OCTAVA. OBLIGACIONES DEL ARRENDADOR Son obligaciones de EL ARRENDADOR:

1. Entregar el vehículo en condiciones óptimas.
2. Garantizar la propiedad del bien.
3. Mantener vigente el SOAT.
4. Permitir el uso pacífico del bien.

CLÁUSULA NOVENA. OBLIGACIONES DEL ARRENDATARIO Son obligaciones de EL ARRENDATARIO:

1. Pagar oportunamente el canon.
2. Usar el vehículo conforme a su destinación.
3. Responder por daños derivados de uso indebido.
4. Asumir combustible y operación.

CLÁUSULA DÉCIMA. RESPONSABILIDAD EL ARRENDATARIO será responsable por daños ocasionados durante el uso del vehículo, salvo deterioro normal por uso ordinario.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. PROHIBICIONES EL ARRENDATARIO no podrá:

1. Subarrendar el vehículo.
2. Modificar sus características.
3. Usarlo en actividades ilícitas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. NATURALEZA JURÍDICA Las partes declaran que el presente contrato corresponde a una operación comercial real, celebrada conforme al principio de autonomía de la voluntad privada.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. PERFECCIONAMIENTO El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes.

En constancia se firma en Bogotá D.C., a los veinticinco (25) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).

EL ARRENDADOR

Esther Rosero Parra

INVERSIONES Y PROYECTOS PREMIER S.A.S.

NIT 901.416.572-6

ESTHER ROSERO PARRA

Gerente Administrativa

INVERSIONES Y PROYECTOS PREMIER S.A.S.

EL ARRENDATARIO

Adaligiza Lozano

GRUPO COMERCIAL SINERGIA S.A.S.

NIT 901.719.588-4

ADALIGIZA LOZANO RUBIANO

Representante Legal

GRUPO COMERCIAL SINERGIA S.A.S.

Bogotá D.C., 24 de febrero de 2026

Señores
GRUPO COMERCIAL SINERGIA S.A.S.
Ciudad

Asunto: Autorización para suscripción de contrato de arrendamiento de vehículo automotor

Yo, ADALGIZA LOZANO RUBIANO, mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de Representante Legal de INVERSIONES Y PROYECTOS PREMIER S.A.S, con NIT 901.416.572 – 6, empresa propietaria del vehículo con placas POZ 591, por medio del presente documento manifiesto que:

AUTORIZO de manera expresa, amplia y suficiente a la señora ESTHER ROSERO PARRA con CC 33.701.752 de Chiquinquirá, para que en nombre y representación de INVERSIONES Y PROYECTOS PREMIER S.A.S, con NIT 901.416.572 – 6, suscriba el CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULO AUTOMOTOR celebrado con la empresa GRUPO COMERCIAL SINERGIA S.A.S. NIT 901.719.588 - 4, y cuyo objeto del contrato es el arrendamiento del vehículo de carga marca KARRY, modelo 2026, placas POZ 591, por el término comprendido entre el 25 de febrero de 2026 y el 25 de febrero de 2027, bajo las condiciones y cláusulas establecidas en dicho contrato.

En virtud de esta autorización, la señora ESTHER ROSERO PARRA con CC 33.701.752 de Chiquinquirá, queda plenamente facultada para firmar el contrato, sus anexos, actas de entrega, y demás documentos relacionados con su ejecución, obligando válidamente a la sociedad que represento.

La presente autorización se expide para los fines pertinentes y tendrá vigencia durante el término de ejecución del contrato anteriormente mencionado.

Cordialmente,

Adalgiza Lozano R.

_____
ADALGIZA LOZANO RUBIANO
CC 20.407.989
Representante Legal
INVERSIONES Y PROYECTOS PREMIER S.A.S

Esther Rosero Parra

_____
ESTHER ROSERO PARRA
CC 33.701.752

VEHICULO MERCADOS

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10036050381

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
PPK487	MITSUBISHI FUSO	FAV1PH2LNQA	2023

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
3.907	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMION	FURGON	DIESEL	5.014

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
400924D0046840	N	MEC0444P7PP057714

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	MEC0444P7PP057714	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
NOVOA LEON OSCAR HELI	C.C. 79525319

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD
******

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
170



DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
352022000497799

I/E
I

FECHA IMPORT.
22/10/2022

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - BANCO FINANDINA S.A. BIC

FECHA MATRÍCULA
12/09/2025

FECHA EXP. LIC TTO.
12/09/2025

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
SECRETARÍA DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA

Servicios Integrales 95908.1.0-7 03/25

LT03009328157

Powered by CamScanner

CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULO AUTOMOTOR PARA CARGA O TRANSPORTE

Entre los suscritos a saber **OSCAR HELI NOVOA LEON**, identificado con la cédula de ciudadanía N°. 79.525.319 de Bogotá D.C, con domicilio en la Calle 122 20-03, quien en adelante se denominará **EL ARRENDADOR**, por una parte, y por la otra **ADALGIZA LOZANO RUBIANO**, identificado con C.C 20.407.989 de Bogotá D.C, representante legal del **GRUPO COMERCIAL SINERGIA SAS**, con **NIT 901719588**, quien en adelante se denominará **El ARRENDATARIO** se ha celebrado el contrato de arrendamiento de Vehículo Automotor, que se rige por la legislación comercial colombiana y además por las siguientes cláusulas:

Primera. El **Arrendador** entrega al **Arrendatario** en alquiler un Vehículo Automotor de las siguientes características:

Placa: PPK 487
Marca: MITSUBISHI
Color: Blanco
Modelo: 2023

Segunda. El vehículo se encuentra en perfecto estado de funcionamiento, externa e internamente en buen estado, además de una llanta de repuesto y herramientas de desvare cómo gato, cruceta, etc.

Tercera. El arrendamiento del vehículo automotor descrito en el punto anterior será pagado de acuerdo a la carga movilizada, por lo que las partes pactan un valor de $ 500 por cada tonelada movilizada por kilómetro, que se pagarán los primeros cinco (5) días de cada mes.

Parágrafo uno: Este contrato es por un término de 12 meses, pero podrá ser prorrogado de mutuo acuerdo.

Cuarta. **Destinación:** El **Arrendatario** destinará el vehículo automotor al transporte de carga de la misma empresa, de tal manera, que el arrendatario no podrá subarrendar, ni permitir que terceros lo utilicen. De igual manera, el **Arrendatario** no

puede violar los límites de carga o pasajeros que establece el fabricante del vehículo automotor.

Quinta. Conducción: El vehículo automotor será manejado por el mismo arrendatario o quien éste delegue.

Sexta. El **Arrendatario** se constituye como depositario y por ende custodio del vehículo automotor, asumiendo todas las responsabilidades civiles y penales que tal condición implica, hasta tanto proceda la debida devolución al **Arrendador**.

Séptima. **Devolución:** Al finalizar el término del contrato, el **Arrendatario** deberá devolver el vehículo automotor en el mismo estado en que fue recibido, salvo el desgaste natural del vehículo automotor y en el domicilio del **Arrendador.**

Octava. Responsabilidades del Arrendatario, mientras esté en poder del **Arrendatario** el vehículo automotor, éste será responsable de:

a) Por cualquier daño causado al vehículo o con este sobre propiedad de terceros durante el tiempo que el vehículo automotor esté en poder del **Arrendatario.**
b) Por los daños causados con el vehículo automotor a terceras personas durante el tiempo que el vehículo automotor esté en poder del **Arrendatario.**
c) Por los daños causados con el vehículo automotor sobre bienes o personas transportadas en el vehículo automotor durante el tiempo que el vehículo automotor esté en poder del **Arrendatario.**
d) Por todas las infracciones al Código Nacional de Tránsito y Transporte cometidas durante el tiempo que el vehículo automotor esté en poder del **Arrendatario.**

Parágrafo: En caso de arreglos mecánicos o de lámina y pintura que el **Arrendatario** quiera hacer sobre el vehículo automotor, deberá informar previamente al **Arrendador**, quien podrá oponerse respecto a la clase, marca o procedencia de repuestos o métodos que se vayan a usar.

Novena. **Seguros Obligatorios – SOAT y Revisión Técnico Mecánica:** El valor del seguro del SOAT y de la revisión técnico mecánica, corresponde su pago al **Arrendador**, el cual tiene como obligación mantenerlo siempre vigente. SE DEJA CONSTANCIA QUE EL VEHICULO AUN NO REQUIERE DE REVISION POR TRATARSE DE UN VEHICULO QUE TIENE 3 AÑOS.

Parágrafo: En caso que el **Arrendador** debe vencer el SOAT, el **Arrendatario** podrá comprarlo y su valor descontarlo del siguiente canon de arrendamiento.

Décima. Garantía. El arrendatario entregará en calidad de garantía la suma de $ 3.000.000,00, el cual el **Arrendador**, devolverá siempre y cuando al final del contrato el vehículo automotor se devuelva en el mismo estado en que fue entregado, salvo el desgaste natural por su uso, al igual que estar al día en los

cánones de arrendamiento y tampoco existir ninguna deuda civil o penal que pueda resultar siendo el vehículo objeto de garantía para su pago.

Decima Primera: Gastos: Los gastos de impuestos de timbre y demás que se ocasionen por el otorgamiento de este contrato, sus prórrogas y renovaciones serán asumidos por partes iguales entre los contratantes.

Decima Tercera: Cláusula compromisoria. Tribunal de Arbitramento. En caso de conflicto entre las partes de este Contrato de Arrendamiento de vehículo automotor relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, deberá agotarse una diligencia de conciliación ante cualquier entidad autorizada para efectuarla, si esta fracasa, se llevará las diferencias ante un Tribunal de Arbitramento del domicilio del Arrendatario, el cual será pagado por el convocante.

En Bogotá, a los 5 días del mes de febrero de 2025.

OSCAR HELI NOVOA LEON
C.C 79.525.319 de Bogotá D.C
Arrendador

ADALGIZA LOZANO RUBIANO
C.C 20.407.989 de Bogotá D.C
Arrendatario

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 79.525.319

NOVOA LEON

APELLIDOS

OSCAR HELI

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1970

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

30-MAY-1988 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200500-00852974-M-0079525319-20161004 · 0051610495A 1 7214108489

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

DEPARTAMENTO DEL META

DEPARTAMENTO DE LA INSCRIPCIÓN	Meta	MUNICIPIO DE LA INSCRIPCIÓN	Granada	FECHA	27/09/2025.
CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	50.	CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	313	NÚMERO DE INSCRIPCIÓN	50313 PPK487.

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de Vehículo o interesado)

*MARCA DEL VEHÍCULO	MITSUBISHI	MODELO	2023	TIPO DE VEHÍCULO	Camioneta ☐ Camión ☒ Moto ☐ Otro ☐ CUAL?
* ¿CUAL ES LA UNIDAD DE TRANSPORTE CON LA QUE CUENTA EL VEHÍCULO?:		TIPO FURGÓN	☒	PLACA DEL VEHÍCULO	PPK487
		TIPO REMOLQUE	☐	PLACA DEL REMOLQUE	
		TIPO SEMIRREMOLQUE	☐	PLACA DEL SEMIRREMOLQUE	
		OTRO TIPO ☐ CUAL?		PLACA DEL VEHÍCULO	

* ¿CUENTA CON CAJA, CONTENEDOR O CISTERNA, CON AISLAMIENTO TÉRMICO (ISOTERMO)? SI ☐ NO ☒

* ¿CUENTA CON UNIDAD DE FRÍO? SI ☐ NO ☒

* TIPO DE PRODUCTO TRANSPORTADO: Perecederos y No perecederos.

IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de Vehículo o interesado)

Persona Natural	☒	OSCAR HELI NOVOA LEON			
Persona Jurídica	☐				
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. ☒	C.E ☐	NIT ☐	Número de documento	79.525.319.
TELÉFONO		FAX		CELULAR	311 898 4538.
CORREO ELECTRÓNICO	llanosocial@gmail.com				
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FÍSICA	Carrera 44 No. 22 Sur Manzana 8 CS 17				
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	llanosocial@gmail.com			Autoriza la notificación electrónica?	SI ☒ NO ☐
*MUNICIPIO DE NOTIFICACIÓN	Granada	*DEPARTAMENTO DE NOTIFICACIÓN	Meta		

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

Entidad Territorial de Salud (ETS)	Secretaría de Salud del Meta	Vehículo vigilado por la ETS	SI ☒ NO ☐
Funcionario que realiza Inscripción:	Gelus Alexis Monroy Pinto		

OBSERVACIONES:

Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

Ninguna.

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

Ninguna.

ENTREGADO POR: (responsable de la inscripción del vehículo)

NOMBRE COMPLETO: Oscar Heli Novoa. Leon	FIRMA: Oscar Novoa.
CÉDULA: 79 525 319.	EN CALIDAD DE: Calidad de propietario

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

NOMBRE COMPLETO:	FIRMA:
CÉDULA:	EN CALIDAD DE:

Scanned with CamScanner

ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

DEPARTAMENTO DEL META

CIUDAD: Granada FECHA: 27 09. 2025 ACTA N° 2709 2025.

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaría de Salud del Meta

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

* CAMPO OBLIGATORIO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO Oscar Heli Plaza Leon.

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [X] C.E. [ ] NIT. [ ] Número de documento 79.525 319.

*PLACA DEL VEHÍCULO PPK 487 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN 50313 PPK 487.

TELÉFONOS 311 898 4538.

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO llanosocial@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Carrera 44 No. 22 Sur Mz 8 Cs 17

*DEPARTAMENTO META. *MUNICIPIO Granada

*CLASE DEL VEHÍCULO: Camioneta [ ] Camión [X] Moto [ ] Otro [ ] Cuál: —

*MARCA MITSUBISHI *MODELO 2023. *COLOR Blanco

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO Perecederos y no perecederos.

SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI [ ] NO [X]

*HORARIO Y DÍAS DE FUNCIONAMIENTO 24/7 *NÚMERO DE TRABAJADORES 2

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	— — —	FAVORABLE	—	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	— %
		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

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.

Scanned with CamScanner

I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO

		A	AR	I	HALLAZGOS
1	**DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE**				
1.1	**Diseño sanitario del vehículo.** (Decreto 561 de 1984, Art. 98. 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 X	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
2.1	**Condiciones de los utensilios.** (Decreto 561 de 1984, Art. 98. 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 X	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
3.1	**Estado de salud.** (Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12)	13 X	6,5	0	C
3.2	Reconocimiento médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	4 X	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 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7)	13 X	6,5	0	C
3.4	**Educación y capacitación** (Resolución 2674/2013. Artículos 12 y 13. Artículo 36)	6 X	3	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	36%			La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta.
4	**SANEAMIENTO**	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Limpieza del vehículo.** (Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5)	15 X	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
5.1	**Condiciones de conservación del producto.** Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 6, 7, 8. Art. 30, Parágrafo 1 y 2)	20 X		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 X	2,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	25%			La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta.

Scanned with CamScanner

II. CONCEPTO SANITARIO

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

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Ninguna

Por parte del establecimiento:

Ninguna

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 27 del mes de Septiembre del año 2025 en la Ciudad de Granada. 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:
NOMBRE: Gelus Alexis Montoya Pinto
CÉDULA: 1.121.939.962
CARGO: TAS
INSTITUCIÓN: SSM.

FIRMA:
NOMBRE:
CÉDULA:
CARGO:
INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA: Oscar Nova.
NOMBRE: Oscar Heli Nova.
CÉDULA: 79.925.319.
CARGO: Propietario

FIRMA:
NOMBRE:
CÉDULA:
CARGO

PÁGINA 3 DE 3 ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

Scanned with CamScanner

SOAT

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

ASEGURADORA

seguros mundial®

FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA							
AÑO	MES	DÍA		DESDE LAS 00 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2025	9	11			2025	9	12		2026	9	11

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
92647924 - 600100454	PPK487	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	3907	2023

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
3	MITSUBISHIFUSO	
	LÍNEA VEHÍCULO: FAV1PH2LNQA	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
400924D0046840	MEC0444P7PP057714	MEC0444P7PP057714	5,20

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
OSCAR HELI NOVOA LEON	3118984538	CC	79525319	ACACIAS

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	469	13158	92647924	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
32	$ 839.200	$ 436.300	$ 2.400

TOTAL A PAGAR

$ 1.277.900

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[2] 701,68[3]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77[1]	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180[4]	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750[5]	



¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?



Seguro Ter-cero

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.
Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: www.segurotercero.com

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.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos
•Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data
Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales; la cuál puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/proteccion-de-datos/
Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

Topes de cobertura gastos médicos
[1] El transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos se debe hacer preferiblemente en ambulancias o vehículos adecuadamente dotados para este tipo de servicios, garantizando la atención oportuna y efectiva de la víctima.
[2] Para las tarifas 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2497 de 2022
[3] Para las demás tarifas no incluidas en el Decreto 2497 de 2022.
[4] Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.6 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social
[5] Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.11 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social.

COMPRAS PÚBLICAS

CONTRATO DE PROMESA DE PROVEEDURÍA

CONTRATO PROVEEDURIA PARA EL PROCESO LP-002-2026 - Objeto: SUMINISTRO DE REFRIGERIOS, RACIONES ALIMENTARIAS PREPARADAS, COMPLEMENTOS NUTRICIONALES Y ANCHETAS NAVIDEÑAS CON DESTINO LOS PROGRAMAS DE ADULTO MAYOR Y DISCAPACIDAD; ASÍ COMO PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ALCALDIA DEL MUNCIPIO DE GACHANCIPÁ

Entro los suscritos, a saber, CARRION GOMEZ NIDIAN ZORAIDA con NIT: 39819663-1 y representada por la señora, CARRION GOMEZ NIDIAN ZORAIDA con CC 39819663 mayor de edad, residenciado en la CR 2 #7 – 40 IN 3 en Gachancipá; que en adelante se denominará EL PROVEEDOR; y El GRUPO COMERCIAL SINERGIA SAS con NIT. 901.719.588 - 4 con domicilio en la Calle 7 # 3 - 28, en el municipio de Gachancipá, representada en este acto por la señora ADALGIZA LOZANO RUBIANO, mayor de edad, vecino del municipio de Gachancipá, identificada con la cédula de ciudadanía N° 20.407.989 de Bogotá. Que en adelante se denominará EL CONSUMIDOR, hemos acordado celebrar el presente contrato de promesa de proveeduría de conformidad con lo establecido en el Artículo 2.20.1.1.4 del Decreto 248 de 2021 que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto. El presente contrato tiene por objeto el suministro periódico (o continuo) por parte del PROVEEDOR de los bienes que hacen parte del proceso LP-002-2026 - Objeto: SUMINISTRO DE REFRIGERIOS, RACIONES ALIMENTARIAS PREPARADAS, COMPLEMENTOS NUTRICIONALES Y ANCHETAS NAVIDEÑAS CON DESTINO LOS PROGRAMAS DE ADULTO MAYOR Y DISCAPACIDAD; ASÍ COMO PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ALCALDIA DEL MUNCIPIO DE GACHANCIPÁ, los productos a proveer son HORTALIZAS en un Porcentaje del 30% del total de las compras para la ejecución del presente contrato.

SEGUNDA: Obligaciones Del Proveedor. Constituyen obligaciones del proveedor:

2.1 Suministrar al CONSUMIDOR los bienes y servicios mencionados en la cláusula primer de este contrato y cualquier otro producto del PROVEEDOR que acuerden por escrito las partes, y con los plazos de entrega que tiene o tenga establecidos el PROVEEDOR para el correcto cumplimiento del PROCESO No. LP-002-2026.

2.2 Conceder al consumidor quince días calendario para el pago, contados a partir de la fecha de cada factura, sin causar intereses en dicho lapso.

2.3 Otorgar, a exclusivo criterio del PROVEEDOR, un cupo de crédito al CONSUMIDOR, señalando un límite máximo para sus pedidos.

2.4 Asumir el valor de los fletes, empaques y seguros de la mercancía que se despache dentro de las condiciones de este contrato.

TERCERA: Obligaciones Del CONSUMIDOR. Constituyen obligaciones a cargo del consumidor las siguientes:

3.1 El CONSUMIDOR se obliga a adquirir los productos suministrados por el PROVEEDOR a fin de revenderlos, sujetándose a los precios y condiciones fijadas por el PROVEEDOR para la venta al público.

3.2 Pagar de contado el pedido inicial.

3.3 El CONSUMIDOR se obliga a firmar las facturas u otros documentos comerciales que le expida el PROVEEDOR y que correspondan a mercancías efectivamente entregadas, en señal de que acepta la obligación de pagarlos.

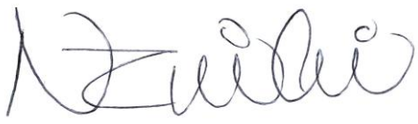
CUARTA: Naturaleza Del Suministro. Las partes convienen en que cada suministro constituye una venta en firme, y que, en consecuencia, el PROVEEDOR no aceptará devolución alguna de mercancías vendidas en ejecución del presente contrato de suministro, salvo en los casos de artículos con defectos de fabricación advertidos por el CONSUMIDOR y notificados por éste al PROVEEDOR, dentro de los tres días siguientes a la fecha de entrega de cada suministro.

QUINTA: Duración. El presente contrato de suministro es de plazo indefinido, pero podrá ser terminado sin aviso previo, en cualquier momento por incumplimiento de cualquiera de la obligación es estipuladas o dando aviso escrito la otra parte con una anticipación de un mes a la fecha en que deba ser terminado.

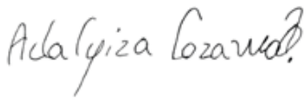
SEXTA: Valor de los productos. Se establece que en común acuerdo se establecerán el valor de los productos entregados por el PROVEEDOR al CONSUMIDOR en concordancia de los precios del mercado previo cada orden de pedido.

SEPTIMA: cesión. Este contrato no podrá ser cedido sin previa aprobación del PROVEEDOR. OCTAVA: Representación. Ninguna de las obligaciones contenidas en las cláusulas de este contrato generará en ningún caso vinculo adicional entre las partes ni habilitarán al CONSUMIDOR para representar al PROVEEDOR a ningún título. El CONSUMIDOR manifiesta que en el pasado no ha existido entre las partes ninguna clase de vinculación ni se ha celebrado contrato alguno de índole civil, laboral o comercial distintos de los que eventual mente pudo haber celebrado de compra-venta de algunos de los mismos productos con el PROVEEDOR, con quien no lo une ni ha unido ningún contrato de mandato, comisión ni agencia comercial y que, en consecuencia, carece de autorización vínculo contractual que le faculte para representar o comprometer de alguna manera al PROVEEDOR, ni para anunciarse como titular de alguna de las dichas calidades.

En señal de conformidad las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Gachancipá a los 24 días del mes de febrero de 2026.



PROVEEDOR
CARRION GOMEZ NIDIAN ZORAIDA
NIT: 39819663-1
Representante legal: CARRION GOMEZ NIDIAN ZORAIDA
CC 39.819.663 de Sopo



CONSUMIDOR
GRUPO COMERCIAL SINERGIA SAS
NIT. 901.719.588 - 4
Representante legal: ADALGIZA LOZANO RUBIANO
CC 20.407.989

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141206806328

(415)7707212489984(8020) 000014120680632 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 8 1 9 6 6 3	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 8 1 9 6 6 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Sopó 7 5 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARRION	GOMEZ	NIDIAN	ZORAIDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
ECO GRANJA LA KARLOTA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Gachancipá 2 9 5

41. Dirección principal: CR 2 7 40 IN 3

42. Correo electrónico: nidicarriongomez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 2 4 7 8 6 4 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 1 4 1	2 0 1 8 0 1 0 1	0 1 4 5	2 0 1 5 0 5 0 1	9 1 0 2				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CARRION GOMEZ NIDIAN ZORAIDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.819.663

CARRION GOMEZ

APELLIDOS

NIDIAN ZORAIDA

NOMBRES

FIRMA





INDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO **01-NOV-1985**

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-ENE-2004 SOPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-1525000-00256518-F-0039819663-20100921 0024014866G 1 98224741

PERSONAL MÍNIMO

CONDUCTOR

REQUERIMIENTO:	Documento de identificación conductor

ANEXO – CEDULA DE CIUDADANIA





REQUERIMIENTO:	Licencia de conducción del conductor con la categoría de acuerdo con el vehículo a conducir.

ANEXO – LICENCIA DE CONDUCCION





CENTRO DE BANQUETES
INTERNACIONAL

A QUIEN INTERESE

Se entrega este certificado a solicitud del **CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO CC 1.123.438.873** de Villavicencio, informando que trabajó como CONDUCTOR por 4 años y cinco meses en los diferentes eventos realizados por la empresa. Su contrato se realizó por prestación de servicios desde el 20 de Enero de 2020 al 30 de junio de 2025.

Objeto del contrato: Conducir vehículos del restaurante para la entrega de producto terminado a los clientes de la ciudad de Bogotá.

Se expide el 3 de julio de 2025

Rigoberto Casas
Teléfono: 6903880

Bogotá DC
Teléfono 6903880
Centrodebanquetesinternacional@gmail.com

Enfoque Humano

CAPACITACIÓN EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

CERTIFICACION CARNET N° 5776

Decreto 3075 de 1997 Participo en el curso de manipulación de alimentos con una intensidad de 10 horas

El Señor (a): CRISTIAN JULIAN MARRERO

Identificación: 1.123.438.873

Fecha de Expedición: Día 18 Mes 02 Año 2026

Fecha de Vencimiento: Día 18 Mes 02 Año 2027

Carrera 45 No. 19 - 35 Oficina 301
Teléfono: 278 44 82 - Email: enfoquehumano@gmail.com

Esta certificación es personal e intransferible, no es valida como documento de identidad ni en fotocopia o con enmendaduras

Enfoque Humano
Fernando Cárdenas
Manipulación de Alimentos
R.M. 853-021

FIRMA Y SELLO

Fernando Cárdenas
Manipulación de Alimentos
R.M. 853-021

Según resolución numero 0857 de 2018 Secretaria de Salud

ASEGURAMIENTO INTEGRAL DE LA CALIDAD EN ALIMENTOS

Capacitación continua en manipulación de alimentos, documentación e Implementación en BOM, asesorías y auditorias en calidad, laboratorio Clínico y microbiología, control integrado de plagas, lavado de tanques, gestión de documentación INVIMA Y SDDS.

CERTIFICACION CAPACITACION CONTINUA
(Resolución 0857 de 2018, Capitulo III Articulo 12-13 y 36)

ASEGURAMIENTO INTEGRAL DE LA CALIDAD EN ALIMENTOS (ENFOQUE HUMANO), Certifica que el (los) manipulador (es) que se relacionan a continuación, asistió (eron) a la Capacitación.
CONTENIDO: BPM, buenas prácticas de manufactura, LYD, deberes y responsabilidades Del manipulador de alimentos, ETAS, microbiología de alimentos, PEPS, clases de Contaminación, trazabilidad, ciclo RMP – comercialización y cliente final, actualización Normatividad vigente: Dec. 1575 y res. 2115 de 2007, dec. 3075 de 1997 y resolucion0857 de 2018.

DURACION: 10 HORAS
FECHA: 18 DE FEBRERO DE 2026
FECHA DE VENCIMIENTO: 18 DE FEBRERO DE 2027
METODOLOGIA: EXPOSICION Y EVALAUACION ESCRITA
MANIPUADOR (ES) CERTIFICADO (S):

5776	CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO	CC: 1.123.438.873

ANEXOS:
1 LISTA DE ASISTENCIA DE CAPACITACION.
2 FOLLECTO INSTRUCTIVO DEL RESUMENDE LA CAPACITACION.
3 EVALUACION ESCRITA.

Enfoque Humano
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M 853-021

FIRMA Y SELLO
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA MANIPULADORES DE ALIMENTOS AÑO 2025

NOMBRE: CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO **C.C:1.123.438.873** **EDAD: 24 Años**
CONVENIO: PARTICULAR
CAPACITADOR: FERNANDO CARDENAS

CERTIFICACION CAPACITACION CONTINUA
(Resolución 0857 de 2018, Capitulo III Articulo 12-13 y 36)

FECHA	TEMA	HORAS	FIRMA CAPACITADOR	FIRMA ASISTENCIA
16/02/2026	GENERALIDADES NORMATIVAS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO
17/02/2026	CONTAMINACIONES ALIMENTARIAS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO
17/02/2026	BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA	2	DR.FERNANDO CARDENAS	CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO
18/02/2026	PLANES DE SANEAMIENTO PARA ESTABLECIMIETO DE ALIMENTOS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO
18/02/2026	TALLER PARA LA ELABORACION DE PLANES DE SANEAMIENTOS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO



FIRMA Y SELLO
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

Evaluación Manipuladores de Alimentos

NOMBRE: **CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO** **C.C:1.123.438.873**

Fecha: 18/02/2026

Por favor responder de acuerdo a la instrucción.

SELECCIONE LA RESPUESTA CORRECTA

1. Manipulador de Alimentos es:

• Comprende los ingredientes, envase y embalaje de alimentos.

X. Es la persona que interviene directamente así sea de manera ocasional en actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte y expendio de alimentos.

• Cantidad determinada de unidades de un alimento de características similares.

• Ninguna de las anteriores.

2. Contaminación de un alimento es:

X. Alimento que presenta o contiene agentes o sustancias extrañas de cualquier naturaleza.

• Establecimiento dedicado a la venta de alimentos.

• Son elementos constituyentes normales de un alimento.

• Todas las anteriores.

3. Se consideran tipos de contaminación alimentaria:

• Contaminación Física

• Contaminación Química

• Contaminación Biológica

X. Todas las anteriores

4. Son contaminaciones de tipo Físico los siguientes:

X. Cabello, esmalte, joyas, residuos de plástico, papel, madera.

• Esmalte, Perfumes, maquillaje, Productos de aseos.

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

Enfoque Humano
Humano

BPM
HACCP
ISO 22000

5. Son contaminaciones de tipo Químico los siguientes:

• Cabello, esmalte, joyas, residuos de plástico, papel, madera.

X. Esmalte, Perfumes, maquillaje, Productos de aseos.

• Bacterias, cabello, perfumes, productos de aseo

• Ninguna de las anteriores.

6. Son contaminaciones de tipo Biológico los siguientes:

• Cabello, esmalte, joyas, residuos de plástico, papel, madera.

• Esmalte, Perfumes, maquillaje, Productos de aseos.

X. Bacterias, hongos, levaduras, parásitos, virus.

• Ninguna de las anteriores.

7. Limpieza significa:

X. Retirar residuos y mugre de un área

• Utilizar un producto químico para eliminar bacterias y microorganismos.

• A y b son ciertas

• A y b no son ciertas

8. Desinfección significa:

• Retirar residuos y mugre de un área

X. Utilizar un producto químico para eliminar bacterias y microorganismos.

• A y b son ciertas

• A y b no son ciertas

9. Son alimentos perecederos

X. Huevos y carne

• Té y Café

• Pasta

• Galletas

10. La forma correcta de descongelar los alimentos es

X. En refrigeración

• Bajo chorro de agua caliente

• En el microondas

• De cualquier forma

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

Enfoque Humano
Humano

BPM
HACCP
ISO 22000

11. Las tablas y utensilios de madera están prohibidos porque

X. Son porosos y pueden contener alimento y humedad

- Son muy caros
- Son poco útiles y muy pesados
- Ninguna de las anteriores

12. Son síntomas de una intoxicación alimentaria

- Vómito y diarrea.
- Fiebre y Deshidratación.
- Dolor de estómago, dolor de cabeza, escalofrío.

X. Todas las anteriores

13. Idealmente el manipulador de alimentos debe realizar el lavado de manos cada:

5 horas.

- 2 a 3 horas.

X. 15 a 20 minutos.

- El lavado de manos no es importante.

14. Para evitar el contagio de COVID 19 debe cumplir mínimo con:

X. Lavado de manos, distanciamiento social, uso de tapabocas y adecuada ventilación

- Tomar temperatura, usar tapete de desinfección y cerrar las ventanas
- Ventilar el lugar, no usar tapabocas y saludar de beso y abrazo
- Todas las anteriores.

15. Son buenas prácticas de manufactura.

X. Uñas limpias, baño diario, lavado de manos, rotar y rotular productos

- No rotar ni rotular productos, usar joyas y no usar tapabocas
- Usar maquillaje suave, lavar las manos casa 5 horas y usar cofia
- Opción b y c

16. La dotación para manipular y elaborar alimentos es:

- Para mujeres tacones y vestido y para los hombres corbata y sombrero

X. Cofia, uniforme claro, tapabocas, zapatos planos, cerrados y antideslizantes

- Cada persona puede escoger su dotación
- Ninguna de las anteriores

17. La toma de temperatura de nevera y congelador mínimo se debe tomar y registrar

• Semanalmente

X. En la mañana y en la tarde

• Mensualmente

• No es necesario

18. La temperatura que debe tener un refrigerador es:

De 6Cº a 10 Cº

• Mayor a -10Cº

• De -1Cº a -10Cº

X. De 0Cº a 4Cº

19. Las bacterias crecen fácilmente en temperaturas que varían entre:

X. De 5Cº a 65Cº

• Menor a -10Cº

• De -1Cº a -10Cº

• De 0Cº a 4Cº

20. Nombre los programas del plan de saneamiento

• Primavera, otoño, invierno y verano

• Norte, sur, oriente y occidente

X. Limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y desinfección de tanques

• Uso de tapabocas, distanciamiento social, lavado de manos y toma de temperatura.

Taller Plan de Saneamiento

NOMBRE: CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO **C.C:1.123.438.873**

Fecha: 18/02/2026

Por favor responder de acuerdo a la instrucción.
SELECCIONE LA RESPUESTA CORRECTA

1. Programa de limpieza y desinfección como se realiza?

X. Realizo de manera escrita un documento para explicar cómo limpio y desinfecto mi área de trabajo y registro los horarios de realizada la actividad

☐ Solo realizo el documento, pero no registro

☐ Es un programa sin importancia

☐ d. Ninguna de las anteriores.

2. Debo realizar el programa de control de plagas así?

☐ No es importante

☐ Debo contratar una empresa certificada

☐ Debo tener certificado, ficha técnica, diagnóstico y registro del procedimiento

X. B y C son ciertos

3. Programa agua potable

☐ Debo tener tanque de reserva

☐ Debo contratar empresa certificada

☐ Debo tener el registro con todos los soporte y procedimientos

X. Todas las anteriores

4. Programa manejo de residuos

☐ Plano de mi negocio y ubicación de recipientes

☐ Documento explicando ruta de residuos almacenamiento y recolección

☐ No es obligatorio

X. a y b son correctas

Enfoque Humano
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M 853-021

FIRMA Y SELLO
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 346142
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

MEDICAL CENTER - "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA
Central Telefónica:3143352462 NIT: 18590065-3

Laboratorio: Clínico - Microbiológico.

Sede:/Orden:869/00003002370680 **Fecha: 18/02/2026. Convenio:** PARTICULAR
TRABAJADOR: CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO IDENTIFICACIÓN: 1.123.438.873 / EDAD:24 AÑOS SEXO:M
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.
MEDICO TRATANTE: JOSE E OLIVERA MESA.

RESULTADOS:

- ***FROTIS DE GARGANTA:***

COCOS GRAM POSITIVOS P.M.N.
FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE.

- ***KOH DE UÑAS:***

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS
MICOTICAS Y HONGOS.

- ***COPROLOGICO:***

COLOR:	AMARILLO
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES:	
GRASAS NEUTRAS:	++

- ***NEGATIVO PARA PARÁSITOS INTESTINALES***

- ***SEROLOGIA VDRL:***

NO REACTIVO

Michelle Vanessa [illegible]amon
Bacteriologa
RM 52684507

MEDICAL CENTER - "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA
Central Telefónica:3143352462 NIT: 18590065-3

Sede:/Orden:869/00003002370680 Fecha: 18/02/2026. Convenio: PARTICULAR
TRABAJADOR: CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO IDENTIFICACIÓN: 1.123.438.873 / EDAD:24 AÑOS SEXO:M
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA PRE-OCUPACIONAL (MANIPULACION DE ALIMENTOS).

R/.

- El suscrito médico certifica que el citado paciente no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni respiratoria, ni dermatológica.
- Paciente clínica y Hemodinámicamente estable.
- Exámenes hematológicos y microbiológicos realizados con resultados óptimos. Sin alteraciones.

Estudios Microbiológicos:

Esputo (directo y cultivo): negativo a gérmenes
Raspado mucosa Oral y Faríngea: (negativo a gérmenes)
Coprológico: color café. Aspecto blando
Examen Microscópico: no se observan parásitos en la muestra.
Flora bacteriana normal: (dentro de límites normales)
Estudios Hematológicos: (normales)
KOH DE UÑAS: Negativo para estructuras micóticas en la muestra analizada

- *NOTA*: **Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para (Manipulación de Alimentos).**

.

Paciente Firma **Índice Derecho:** **Medico.**

MEDICAL CENTER - "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA
Central Telefónica:3143352462 NIT: 18590065-3

Sede:/Orden:869/00003002370680 Fecha: 18/02/2026. Convenio: PARTICULAR
TRABAJADOR: CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO IDENTIFICACIÓN: 1.123.438.873 / EDAD:24 AÑOS SEXO:M
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.
MEDICO TRATANTE: JOSE E OLIVERA MESA.

CERTIFICADO
DE APTITUD MÉDICA PRE-OCUPACIONAL

RESOLUCIONES 2346 de 2007 y 3673 de 2008 MPS

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Periódico Ocupacional y de aptitud física para realizar cualquier tipo de trabajo*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO				RESULTADO				
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)				-----				
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)				-----				
3. OXIMETRIA DE PULSO: O2 AMBIENTE				97%				
4. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				NORMAL				
5. HEMOCLASIFICACION				O+ (POSITIVO)				
6. GLICEMIA				NORMAL				
7. PERFIL LIPIDICO				NORMAL				
PRUEBAS MICROBIOLOGICAS				SIN ALTEACIONES (NEGATIVAS)				
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS				SIN ALTERACIONES				
9. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				SIN ALTERACIONES				
10. VARIABLES FISICAS	FRECUENCIA CARDIACA	86	PESO	75 KG	ESTATURA	1.78 Cm	TENSION ARTERIAL	110/70 mmHg

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

1.APTO SIN RESTRICCIONES PARA REALIZAR CUALQUIER TIPO DE TRABAJO (MANIPULACION DE ALIMENTOS)	X
2. CONDICIONAL (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
3. RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
4. APLAZADO	

- Se autoriza al trabajador para laborar, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

ALTERACION	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	*PERMANENTE*
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDIOVASCULAR	*NINGUNA*		

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:

-UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
-SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
-HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL
-CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS /USO DE MEDIAS ANTIVARISES
-SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL.
-USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID -19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
-NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS COV- 2) NO PRESENTA
-MORBILIDADES PREXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 ;
SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

JOSE E. OLIVERA MESA FIRMA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C:	HUELLA INDICE DERECHO

MEDICAL CENTER - "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA
Central Telefónica:3143352462 NIT: 18590065-3

Sede:/Orden:869/00003002370680 Fecha: 18/02/2026. Convenio: PARTICULAR
TRABAJADOR: CRISTIAN JULIAN MARRERO ARANGO IDENTIFICACIÓN: 1.123.438.873 / EDAD:24 AÑOS SEXO:M
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.
MEDICO TRATANTE: JOSE E OLIVERA MESA.

EXAMEN FÍSICO:

Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, presentando un buen estado general y refiriendo sentirse bien, el cual realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.

Mucosas: Normocoloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores **FR**: 18 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
FC: 86 x min. TA: 110/70mmHg.

Abdomen: Plano depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda no tumoración no visceromegalia.

Sistema Osteomuscular: cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias. Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones
SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

Impresión Diagnostica: Paciente Sano.

NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo. Apto para manipulación de alimentos.

JOSE E. OLIVERA MESA FIRMA MEDICO OCUPACIONAL RM:88099	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C:	HUELLA INDICE DERECHO

AUXILIAR DE CONDUCTOR O ENTREGA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.071.169.508**

MORENO BARBOSA

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

Juan David MorenoB.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUL-1996**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-JUL-2014 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1513900-00647662-M-1071169508-20141126 **0041**383767A 3 42770309

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:39:03 PM horas del 27/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1071169508**

Apellidos y Nombres: **MORENO BARBOSA JUAN DAVID**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Restaurante
La colina

CERTIFICACION

Restaurante la Colina certifica que el señor Juan David Moreno Barbosa con CC 1.071.169.508 de Cali laboró con nuestro restaurante como AUXILIAR DE CONDUCTOR por 2 años con un contrato de prestación de servicios. Siempre se caracterizó por su responsabilidad y puntualidad. Su fecha de vinculación fue del 26 de marzo de 2017 al 1 de junio de 2019.

Objeto contractual: Apoyar en labores de conducción y entrega de pedidos a los diferentes conductores del restaurante.

Se expide este certificado a los (4) cuatro días del mes de octubre de 2021

CAROLINA CASAS
Teléfono: 323 3649906

La Calera – 323 3649906

Enfoque Humano

CAPACITACIÓN EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

CERTIFICACION CARNET N° 5777

Decreto 3075 de 1997 Participo en el curso de manipulación de alimentos con una intensidad de 10 horas

El Señor (a): JUAN DAVID MORENO B

Identificación: 1.071.169.508

Fecha de Expedición: Dia 18 Mes 02 Año 2026

Fecha de Vencimiento: Dia 18 Mes 02 Año 2027

Carrera 45 No. 19 - 35 Oficina 301

Teléfono: 278 44 82 - Email: enfoquehumano@gmail.com

Esta certificación es personal e intransferible, no es valida como documento de identidad ni en fotocopia o con enmendaduras

Enfoque Humano
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M 853-021

FIRMA Y SELLO

Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

Según resolución numero 0857 de 2018 Secretaria de Salud

Enfoque Humano
Humano

ASEGURAMIENTO INTEGRAL DE LA CALIDAD EN ALIMENTOS

Capacitación continua en manipulación de alimentos, documentación e Implementación en BOM, asesorías y auditorias en calidad, laboratorio Clínico y microbiología, control integrado de plagas, lavado de tanques, gestión de documentación INVIMA Y SDDS.

CERTIFICACION CAPACITACION CONTINUA
(Resolución 0857 de 2018, Capitulo III Articulo 12-13 y 36)

ASEGURAMIENTO INTEGRAL DE LA CALIDAD EN ALIMENTOS (ENFOQUE HUMANO), Certifica que el (los) manipulador (es) que se relacionan a continuación, asistió (eron) a la Capacitación.
CONTENIDO: BPM, buenas prácticas de manufactura, I YD, deberes y responsabilidades Del manipulador de alimentos, ETAS, microbiología de alimentos, PEPS, clases de Contaminación, trazabilidad, ciclo RMP – comercialización y cliente final, actualización Normatividad vigente: Dec. 1575 y res. 2115 de 2007, dec. 3075 de 1997 y resolucion0857 de 2018.

DURACION: 10 HORAS
FECHA: 18 DE FEBRERO DE 2026
FECHA DE VENCIMIENTO: 18 DE FEBRERO DE 2027
METODOLOGIA: EXPOSICION Y EVALAUACION ESCRITA
MANIPUADOR (ES) CERTIFICADO (S):

5777	JUAN DAVID MORENO BARBOSA	CC: 1.071.169.508

ANEXOS:
1 LISTA DE ASISTENCIA DE CAPACITACION.
2 FOLLECTO INSTRUCTIVO DEL RESUMENDE LA CAPACITACION.
3 EVALUACION ESCRITA.

Enfoque Humano
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M 853-021

FIRMA Y SELLO
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

BPM
HACCP
ISO 22000

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA MANIPULADORES DE ALIMENTOS AÑO 2025

NOMBRE: JUAN DAVID MORENO BARBOSA **C.C: 1.071.169.508** **EDAD: 29 Años**
CONVENIO: PARTICULAR
CAPACITADOR: FERNANDO CARDENAS

CERTIFICACION CAPACITACION CONTINUA
(Resolución 0857 de 2018, Capitulo III Articulo 12-13 y 36)

FECHA	TEMA	HORAS	FIRMA CAPACITADOR	FIRMA ASISTENCIA
16/02/2026	GENERALIDADES NORMATIVAS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	JUAN DAVID MORENO BARBOSA
17/02/2026	CONTAMINACIONES ALIMENTARIAS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	JUAN DAVID MORENO BARBOSA
17/02/2026	BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA	2	DR.FERNANDO CARDENAS	JUAN DAVID MORENO BARBOSA
18/02/2026	PLANES DE SANEAMIENTO PARA ESTABLECIMIETO DE ALIMENTOS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	JUAN DAVID MORENO BARBOSA
18/02/2026	TALLER PARA LA ELABORACION DE PLANES DE SANEAMIENTOS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	JUAN DAVID MORENO BARBOSA

Enfoque Humano
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

FIRMA Y SELLO
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

Evaluación Manipuladores de Alimentos

NOMBRE: JUAN DAVID MORENO BARBOSA C.C: 1.071.169.508

Fecha: 18/02/2026

Por favor responder de acuerdo a la instrucción.

SELECCIONE LA RESPUESTA CORRECTA

1. Manipulador de Alimentos es:

• Comprende los ingredientes, envase y embalaje de alimentos.

X. Es la persona que interviene directamente así sea de manera ocasional en actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte y expendio de alimentos.

• Cantidad determinada de unidades de un alimento de características similares.

• Ninguna de las anteriores.

2. Contaminación de un alimento es:

X. Alimento que presenta o contiene agentes o sustancias extrañas de cualquier naturaleza.

• Establecimiento dedicado a la venta de alimentos.

• Son elementos constituyentes normales de un alimento.

• Todas las anteriores.

3. Se consideran tipos de contaminación alimentaria:

• Contaminación Física

• Contaminación Química

• Contaminación Biológica

X. Todas las anteriores

4. Son contaminaciones de tipo Físico los siguientes:

X. Cabello, esmalte, joyas, residuos de plástico, papel, madera.

• Esmalte, Perfumes, maquillaje, Productos de aseos.

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

Enfoque Humano
Humano

BPM HACCP ISO 22000

5. Son contaminaciones de tipo Químico los siguientes:

• Cabello, esmalte, joyas, residuos de plástico, papel, madera.

X. Esmalte, Perfumes, maquillaje, Productos de aseos.

• Bacterias, cabello, perfumes, productos de aseo

• Ninguna de las anteriores.

6. Son contaminaciones de tipo Biológico los siguientes:

• Cabello, esmalte, joyas, residuos de plástico, papel, madera.

• Esmalte, Perfumes, maquillaje, Productos de aseos.

X. Bacterias, hongos, levaduras, parásitos, virus.

• Ninguna de las anteriores.

7. Limpieza significa:

X. Retirar residuos y mugre de un área

• Utilizar un producto químico para eliminar bacterias y microorganismos.

• A y b son ciertas

• A y b no son ciertas

8. Desinfección significa:

• Retirar residuos y mugre de un área

X. Utilizar un producto químico para eliminar bacterias y microorganismos.

• A y b son ciertas

• A y b no son ciertas

9. Son alimentos perecederos

X. Huevos y carne

• Té y Café

• Pasta

• Galletas

10. La forma correcta de descongelar los alimentos es

X. En refrigeración

• Bajo chorro de agua caliente

• En el microondas

• De cualquier forma

11. Las tablas y utensilios de madera están prohibidos porque

X. Son porosos y pueden contener alimento y humedad

• Son muy caros

• Son poco útiles y muy pesados

• Ninguna de las anteriores

12. Son síntomas de una intoxicación alimentaria

• Vómito y diarrea.

• Fiebre y Deshidratación.

• Dolor de estómago, dolor de cabeza, escalofrío.

X. Todas las anteriores

13. Idealmente el manipulador de alimentos debe realizar el lavado de manos cada:

5 horas.

• 2 a 3 horas.

X. 15 a 20 minutos.

• El lavado de manos no es importante.

14. Para evitar el contagio de COVID 19 debe cumplir mínimo con:

X. Lavado de manos, distanciamiento social, uso de tapabocas y adecuada ventilación

• Tomar temperatura, usar tapete de desinfección y cerrar las ventanas

• Ventilar el lugar, no usar tapabocas y saludar de beso y abrazo

• Todas las anteriores.

15. Son buenas prácticas de manufactura.

X. Uñas limpias, baño diario, lavado de manos, rotar y rotular productos

• No rotar ni rotular productos, usar joyas y no usar tapabocas

• Usar maquillaje suave, lavar las manos casa 5 horas y usar cofia

• Opción b y c

16. La dotación para manipular y elaborar alimentos es:

• Para mujeres tacones y vestido y para los hombres corbata y sombrero

X. Cofia, uniforme claro, tapabocas, zapatos planos, cerrados y antideslizantes

• Cada persona puede escoger su dotación

• Ninguna de las anteriores

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

17. La toma de temperatura de nevera y congelador mínimo se debe tomar y registrar

• Semanalmente

X. En la mañana y en la tarde

• Mensualmente

• No es necesario

18. La temperatura que debe tener un refrigerador es:

De 6Cº a 10 Cº

• Mayor a -10Cº

• De -1Cº a -10Cº

X. De 0Cº a 4Cº

19. Las bacterias crecen fácilmente en temperaturas que varían entre:

X. De 5Cº a 65Cº

• Menor a -10Cº

• De -1Cº a -10Cº

• De 0Cº a 4Cº

20. Nombre los programas del plan de saneamiento

• Primavera, otoño, invierno y verano

• Norte, sur, oriente y occidente

X. Limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y desinfección de tanques

• Uso de tapabocas, distanciamiento social, lavado de manos y toma de temperatura.

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

Taller Plan de Saneamiento

NOMBRE: JUAN DAVID MORENO BARBOSA **C.C: 1.071.169.508** **Fecha: 18/02/2026**

Por favor responder de acuerdo a la instrucción.
SELECCIONE LA RESPUESTA CORRECTA

1. Programa de limpieza y desinfección como se realiza?
X. Realizo de manera escrita un documento para explicar cómo limpio y desinfecto mi área de trabajo y registro los horarios de realizada la actividad
Solo realizo el documento, pero no registro
Es un programa sin importancia
d. Ninguna de las anteriores.

2. Debo realizar el programa de control de plagas así?
No es importante
Debo contratar una empresa certificada
Debo tener certificado, ficha técnica, diagnóstico y registro del procedimiento
X. B y C son ciertos

3. Programa agua potable
Debo tener tanque de reserva
Debo contratar empresa certificada
Debo tener el registro con todos los soporte y procedimientos
X. Todas las anteriores

4. Programa manejo de residuos
Plano de mi negocio y ubicación de recipientes
Documento explicando ruta de residuos almacenamiento y recolección
No es obligatorio
X. a y b son correctas



FIRMA Y SELLO
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 346142
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

MEDICAL CENTER - "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA
Central Telefónica:3143352462 NIT: 18590065-3

Laboratorio: Clínico - Microbiológico.

Sede:/Orden:869/00003002370681 Fecha: 18/02/2026. Convenio: PARTICULAR
Paciente:JUAN DAVID MORENO BARBOSA Identificación:1.071.169.508 Edad:29 Años
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.
MEDICO TRATANTE: JOSE E OLIVERA MESA.

RESULTADOS:

➢ ***FROTIS DE GARGANTA:***

COCOS GRAM POSITIVOS P.M.N.
FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE.

➢ ***KOH DE UÑAS:***

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS
MICOTICAS Y HONGOS.

➢ ***COPROLOGICO:***

COLOR:	AMARILLO
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES:	
GRASAS NEUTRAS:	++

- ***NEGATIVO PARA PARÁSITOS INTESTINALES***

➢ ***SEROLOGIA VDRL:***

NO REACTIVO

Michelle Vanessa Leguzamon
Bacteriologa
R.M 52684507

MEDICAL CENTER – "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA
Central Telefónica:3143352462 NIT: 18590065-3

Sede:/Orden:869/00003002370681 **Fecha:** 18/02/2026. **Convenio:** PARTICULAR
Paciente: JUAN DAVID MORENO BARBOSA **Identificación:**1.071.169.508 **Edad:**29 **Años**
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA PRE-OCUPACIONAL (MANIPULACION DE ALIMENTOS).

R/.

- El suscrito médico certifica que el citado paciente no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni respiratoria, ni dermatológica.
- Paciente clínica y Hemodinámicamente estable.
- Exámenes hematológicos y microbiológicos realizados con resultados óptimos. Sin alteraciones.

Estudios Microbiológicos:

Esputo (directo y cultivo): negativo a gérmenes
Raspado mucosa Oral y Faríngea: (negativo a gérmenes)
Coprológico: color café. Aspecto blando
Examen Microscópico: no se observan parásitos en la muestra.
Flora bacteriana normal: (dentro de límites normales)
Estudios Hematológicos: (normales)
KOH DE UÑAS: Negativo para estructuras micóticas en la muestra analizada

- *NOTA*: **Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para (Manipulación de Alimentos).**

.

Paciente Firma **Indice Derecho:** **Medico:**

MEDICAL CENTER - "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA
Central Telefónica:3143352462 NIT: 18590065-3

Sede:/Orden:869/00003002370681 Fecha: 18/02/2026. Convenio: PARTICULAR
Paciente:JUAN DAVID MORENO BARBOSA Identificación:1.071.169.508 Edad:29 Años
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.
MEDICO TRATANTE: JOSE E OLIVERA MESA.

CERTIFICADO
DE APTITUD MÉDICA PRE-OCUPACIONAL

RESOLUCIONES 2346 de 2007 y 2673 de 2008 MPS

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Periódico Ocupacional y de aptitud física para realizar cualquier tipo de trabajo*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO				RESULTADO				
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)				-----				
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)				-----				
3. OXIMETRIA DE PULSO: O2 AMBIENTE				97%				
4. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				NORMAL				
5. HEMOCLASIFICACION				O+ (POSITIVO)				
6. GLICEMIA				NORMAL				
7. PERFIL LIPIDICO				NORMAL				
PRUEBAS MICROBIOLOGICAS				SIN ALTEACIONES (NEGATIVAS)				
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS				SIN ALTERACIONES				
9. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				SIN ALTERACIONES				
10. VARIABLES FISICAS	FRECUENCIA CARDIACA	69	PESO	90 KG	ESTATURA	1.79 Cm	TENSION ARTERIAL	120/75 mmHg

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

1.APTO SIN RESTRICCIONES PARA REALIZAR CUALQUIER TIPO DE TRABAJO (MANIPULACION DE ALIMENTOS)	X
2. CONDICIONAL (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
3. RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
4. APLAZADO	

- Se autoriza al trabajador para laborar, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

ALTERACION	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	PERMANENTE
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDIOVASCULAR	NINGUNA		

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:

-UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
-SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
-HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL
-CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS /USO DE MEDIAS ANTIVARISES
-SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL.
-USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID -19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
-NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS COV- 2) NO PRESENTA
-MORBILIDADES PREXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 ;
SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clinica y no se emiten diagnósticos clinicos en este documento.

JOSE E. OLIVERA MESA FIRMA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C:	HUELLA INDICE DERECHO

MEDICAL CENTER - "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA
Central Telefónica:3143352462 NIT: 18590065-3

Sede:/Orden:869/00003002370681 Fecha: 18/02/2026. Convenio: PARTICULAR
Paciente:JUAN DAVID MORENO BARBOSA Identificación:1.071.169.508 Edad:29 Años
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.
MEDICO TRATANTE: JOSE E OLIVERA MESA.

EXAMEN FÍSICO:

Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, presentando un buen estado general y refiriendo sentirse bien, el cual realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.

Mucosas: Normocoloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores **FR**: 19 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
FC: 69x min. TA: 120/75mmHg.

Abdomen: Plano depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda no tumoración no visceromegalia.

Sistema Osteomuscular: cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias. Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

Impresión Diagnostica: Paciente Sano.

NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo. Apto para manipulación de alimentos.

JOSE E. OLIVERA MESA FIRMA MEDICO OCUPACIONAL RM:88099	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C:	HUELLA INDICE DERECHO

CHEFF

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.941.760**

AGUIRRE POVEDA

APELLIDOS

JEISON ALEXANDER

NOMBRES

Jeison Aguirre

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-ABR-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-ABR-2013 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00441250-M-1023941760-20130618 0033476493A 1 40101941

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:02:53 PM horas del 27/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1023941760**

Apellidos y Nombres: **AGUIRRE POVEDA JEISON ALEXANDER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

República de Colombia

SAN MATEO
Educación Superior

LA FUNDACIÓN SAN MATEO

PERSONERÍA JURÍDICA No.: 14135 DE OCTUBRE 16 DE 1987

Debidamente Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que:

JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA

C.C. 1.023.941.760 DE BOGOTA D.C

Aprobó los estudios programados por la Fundación
y cumplió los requisitos exigidos por los reglamentos y la Ley,
le confiere el título de :

PROFESIONAL EN GASTRONOMÍA

Registro SNIES No.: 91056

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma
que así lo acredita.

Presidente Consejo Superior

Rector

Decano de la Facultad

Secretaria General

Diploma No.: 8763 Registrado al Libro No.: 4 folio 16 del 07 de Octubre de 201

EL FRANCES
RESTAURANTE GOURMET

EL FRANCES GOURMET CERTIFICA

Que el señor Jeison Alexander Aguirre Poveda con Cedula de ciudadanía 1.023.941.760 de Bogotá laboró con nuestro restaurante como CHEF con un contrato de prestación de servicios desde el 16 de enero del 2018 al 19 de febrero del 2019. Damos fe que su labor su labor fue destacada y sin ninguna novedad.

Objeto: "Diseñar y preparar el menú del restaurante garantizando la calidad del producto"

Se expide el 1 de marzo de 2019

Cordialmente

Cesar Carrillo Ceballos

Administrador

Bogotá - Colombia
Francesgormetbogotá@yahoo.com
Instagram: elfrancesgourmet.b
311 2112426

Scanned with CamScanner

METROPOLITANA
COCINA DE AUTOR

CERTIFICACION LABORAL

METROPOLITANA COCINA DE AUTOR

Certificamos que el Señor Jeison Alexander Aguirre Poveda con CC 1.023.941.760 de Bogotá trabajó con nosotros con un contrato por obra o labor en el cargo de CHEF DE COCINA, su labor se desempeñó satisfactoriamente con puntualidad y honestidad. Su fecha de ingreso fue del 1 de marzo del 2019 al 4 de marzo del 2022.

Objeto: Preparación de productos de cocina bajo altos estándares de calidad

Se expide a solicitud del interesado el 7 de marzo del 2022.

Cordialmente

Fabian Vásquez Trujillo

Gerente General

metropolitanacolombia@gmail.com
Chía Colombia - Dark kitchens
320 846 0725

Enfoque Humano

CAPACITACIÓN EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

CERTIFICACION CARNET N° 5078

Decreto 3075 de 1997 Participo en el curso de manipulación de alimentos con una intensidad de 10 horas

El Señor (a): JEISON ALEXANDER AGUIRRE

Identificación: 1.023.941.760

Fecha de Expedición: Día 18 Mes 02 Año 2026

Fecha de Vencimiento: Día 18 Mes 02 Año 2027

Carrera 45 No. 19 - 35 Oficina 301

Teléfono: 278 44 82 - Email: enfoquehumano@gmail.com

Esta certificación es personal e intransferible, no es valida como documento de identidad ni en fotocopia o con enmendaduras

Enfoque Humano
Fernando Cárdenas
Manipulador de Alimentos
R.M. 853-021

FIRMA Y SELLO

Fernando Cárdenas
Manipulador de Alimentos
R.M. 853-021

Según resolución numero 0857 de 2018 Secretaria de Salud

ASEGURAMIENTO INTEGRAL DE LA CALIDAD EN ALIMENTOS

Capacitación continua en manipulación de alimentos, documentación e Implementación en BOM, asesorías y auditorias en calidad, laboratorio Clínico y microbiología, control integrado de plagas, lavado de tanques, gestión de documentación INVIMA Y SDDS.

CERTIFICACION CAPACITACION CONTINUA
(Resolución 0857 de 2018, Capitulo III Articulo 12-13 y 36)

ASEGURAMIENTO INTEGRAL DE LA CALIDAD EN ALIMENTOS (ENFOQUE HUMANO), Certifica que el (los) manipulador (es) que se relacionan a continuación, asistió (eron) a la Capacitación.
CONTENIDO: BPM, buenas prácticas de manufactura, LYD, deberes y responsabilidades Del manipulador de alimentos, ETAS, microbiología de alimentos, PEPS, clases de Contaminación, trazabilidad, ciclo RMP – comercialización y cliente final, actualización Normatividad vigente: Dec. 1575 y res. 2115 de 2007, dec. 3075 de 1997 y resolucion0857 de 2018.

DURACION: 10 HORAS
FECHA: 18 DE FEBRERO DE 2026
FECHA DE VENCIMIENTO: 18 DE FEBRERO DE 2027
METODOLOGIA: EXPOSICION Y EVALAUACION ESCRITA
MANIPUADOR (ES) CERTIFICADO (S):

5078	JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA	CC: 1.023.941.760

ANEXOS:
1 LISTA DE ASISTENCIA DE CAPACITACION.
2 FOLLECTO INSTRUCTIVO DEL RESUMENDE LA CAPACITACION.
3 EVALUACION ESCRITA.

Enfoque Humano
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M 853-021

FIRMA Y SELLO
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA MANIPULADORES DE ALIMENTOS AÑO 2025

NOMBRE: JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA **C.C:1.023.941.760** **EDAD: 30 Años**
CONVENIO: PARTICULAR
CAPACITADOR: FERNANDO CARDENAS

CERTIFICACION CAPACITACION CONTINUA
(Resolución 0857 de 2018, Capitulo III Articulo 12-13 y 36)

FECHA	TEMA	HORAS	FIRMA CAPACITADOR	FIRMA ASISTENCIA
16/02/2026	GENERALIDADES NORMATIVAS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA
17/02/2026	CONTAMINACIONES ALIMENTARIAS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA
17/02/2026	BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA	2	DR.FERNANDO CARDENAS	JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA
18/02/2026	PLANES DE SANEAMIENTO PARA ESTABLECIMIETO DE ALIMENTOS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA
18/02/2026	TALLER PARA LA ELABORACION DE PLANES DE SANEAMIENTOS	2	DR.FERNANDO CARDENAS	JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA

Enfoque Humano
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

FIRMA Y SELLO
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

Evaluación Manipuladores de Alimentos

NOMBRE **JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA** C.C**1.023.941.760**

Fecha: 18/02/2026

Por favor responder de acuerdo a la instrucción.

SELECCIONE LA RESPUESTA CORRECTA

1. Manipulador de Alimentos es:

• Comprende los ingredientes, envase y embalaje de alimentos.

X. Es la persona que interviene directamente así sea de manera ocasional en actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte y expendio de alimentos.

• Cantidad determinada de unidades de un alimento de características similares.

• Ninguna de las anteriores.

2. Contaminación de un alimento es:

X. Alimento que presenta o contiene agentes o sustancias extrañas de cualquier naturaleza.

• Establecimiento dedicado a la venta de alimentos.

• Son elementos constituyentes normales de un alimento.

• Todas las anteriores.

3. Se consideran tipos de contaminación alimentaria:

• Contaminación Física

• Contaminación Química

• Contaminación Biológica

X. Todas las anteriores

4. Son contaminaciones de tipo Fisico los siguientes:

X. Cabello, esmalte, joyas, residuos de plástico, papel, madera.

• Esmalte, Perfumes, maquillaje, Productos de aseos.

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

Enfoque Humano
Humano

BPM
HACCP
ISO 22000

5. Son contaminaciones de tipo Quimico los siguientes:

• Cabello, esmalte, joyas, residuos de plástico, papel, madera.

X. Esmalte, Perfumes, maquillaje, Productos de aseos.

• Bacterias, cabello, perfumes, productos de aseo

• Ninguna de las anteriores.

6. Son contaminaciones de tipo Biológico los siguientes:

• Cabello, esmalte, joyas, residuos de plástico, papel, madera.

• Esmalte, Perfumes, maquillaje, Productos de aseos.

X. Bacterias, hongos, levaduras, parásitos, virus.

• Ninguna de las anteriores.

7. Limpieza significa:

X. Retirar residuos y mugre de un área

• Utilizar un producto químico para eliminar bacterias y microorganismos.

• A y b son ciertas

• A y b no son ciertas

8. Desinfeccion significa:

• Retirar residuos y mugre de un área

X. Utilizar un producto químico para eliminar bacterias y microorganismos.

• A y b son ciertas

• A y b no son ciertas

9. Son alimentos perecederos

X. Huevos y carne

• Té y Café

• Pasta

• Galletas

10. La forma correcta de descongelar los alimentos es

X. En refrigeración

• Bajo chorro de agua caliente

• En el microondas

• De cualquier forma

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 3461420
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

Enfoque Humano
Humano

BPM
HACCP
ISO 22000

11. Las tablas y utensilios de madera están prohibidos porque

X. Son porosos y pueden contener alimento y humedad

• Son muy caros

• Son poco útiles y muy pesados

• Ninguna de las anteriores

12. Son sintomas de una intoxicación alimentaria

• Vómito y diarrea.

• Fiebre y Deshidratación.

• Dolor de estómago, dolor de cabeza, escalofrío.

X. Todas las anteriores

13. Idealmente el manipulador de alimentos debe realizar el lavado de manos cada:

5 horas.

• 2 a 3 horas.

X. 15 a 20 minutos.

• El lavado de manos no es importante.

14. Para evitar el contagio de COVID 19 debe cumplir minimo con:

X. Lavado de manos, distanciamiento social, uso de tapabocas y adecuada ventilación

• Tomar temperatura, usar tapete de desinfección y cerrar las ventanas

• Ventilar el lugar, no usar tapabocas y saludar de beso y abrazo

• Todas las anteriores.

15. Son buenas prácticas de manufactura.

X. Uñas limpias, baño diario, lavado de manos, rotar y rotular productos

• No rotar ni rotular productos, usar joyas y no usar tapabocas

• Usar maquillaje suave, lavar las manos casa 5 horas y usar cofia

• Opción b y c

16. La dotación para manipular y elaborar alimentos es:

• Para mujeres tacones y vestido y para los hombres corbata y sombrero

X. Cofia, uniforme claro, tapabocas, zapatos planos, cerrados y antideslizantes

• Cada persona puede escoger su dotación

• Ninguna de las anteriores

17. La toma de temperatura de nevera y congelador mínimo se debe tomar y registrar

• Semanalmente

X. En la mañana y en la tarde

• Mensualmente

• No es necesario

18. La temperatura que debe tener un refrigerador es:

De 6Cº a 10 Cº

• Mayor a -10Cº

• De -1Cº a -10Cº

X. De 0Cº a 4Cº

19. Las bacterias crecen fácilmente en temperaturas que varian entre:

X. De 5Cº a 65Cº

• Menor a -10Cº

• De -1Cº a -10Cº

• De 0Cº a 4Cº

20. Nombre los programas del plan de saneamiento

• Primavera, otoño, invierno y verano

• Norte, sur, oriente y occidente

X. Limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y desinfección de tanques

• Uso de tapabocas, distanciamiento social, lavado de manos y toma de temperatura.

Taller Plan de Saneamiento

NOMBRE: JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA
Fecha: 18/02/2026

Por favor responder de acuerdo a la instruccion.
SELECCIONE LA RESPUESTA CORRECTA

1. Programa de limpieza y desinfección como se realiza?
X. Realizo de manera escrita un documento para explicar cómo limpio y desinfecto mi área de trabajo y registro los horarios de realizada la actividad
⍰ Solo realizo el documento, pero no registro
⍰ Es un programa sin importancia
⍰ d. Ninguna de las anteriores.

2. Debo realizar el programa de control de plagas así?
⍰ No es importante
⍰ Debo contratar una empresa certificada
⍰ Debo tener certificado, ficha técnica, diagnóstico y registro del procedimiento
X. B y C son ciertos

3. Programa agua potable
⍰ Debo tener tanque de reserva
⍰ Debo contratar empresa certificada
⍰ Debo tener el registro con todos los soporte y procedimientos
X. Todas las anteriores

4. Programa manejo de residuos
⍰ Plano de mi negocio y ubicación de recipientes
⍰ Documento explicando ruta de residuos almacenamiento y recolección
⍰ No es obligatorio
X. a y b son correctas

Enfoque Humano
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M 853-021

FIRMA Y SELLO
Fernando Cárdenas
Ingeniero de Alimentos
R.M. 853-021

Esta certificación no tiene validez sin firma original y sellos de enfoque humano
Verificación de la legalidad de este documento:enfoquehumano@gmail.com
FIJO: 346142
CARRERA 45 No. 19 – 35 Oficina 301 / NIT: 8301223017

MEDICAL CENTER - "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA
Central Telefónica:3045491872 NIT: 18590065-3

Laboratorio: Clínico - Microbiológico.

Sede:/Orden:869/00003002370682 Fecha: 18/02/2026. Convenio: PARTICULAR
Paciente: JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA Identificación:1.023.941.760 Edad:30 Años
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.
MEDICO TRATANTE: JOSE E OLIVERA MESA.

RESULTADOS:

- ***FROTIS DE GARGANTA:***

COCOS GRAM POSITIVOS P.M.N.
FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE.

- ***KOH DE UÑAS:***

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS
MICOTICAS Y HONGOS.

- ***COPROLOGICO:***

COLOR:	AMARILLO
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES:	***GRASAS NEUTRAS:*** ++

- ***NEGATIVO PARA PARÁSITOS INTESTINALES***

- ***SEROLOGIA VDRL:***

NO REACTIVO

Michelle Vanessa Leguizamon
Bacteriologa
R.M. 52684607

MEDICAL CENTER - "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA
Central Telefónica:3045491872 NIT: 18590065-3

Sede:/Orden:869/00003002370682 Fecha: 18/02/2026. Convenio: PARTICULAR
Paciente: JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA Identificación:1.023.941.760 Edad:30 Años
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.
MEDICO TRATANTE: JOSE E OLIVERA MESA.

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA PRE-OCUPACIONAL (MANIPULACION DE ALIMENTOS).

R/.

- El suscrito médico certifica que el citado paciente no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni respiratoria, ni dermatológica.
- Paciente clínica y Hemodinámicamente estable.
- Exámenes hematológicos y microbiológicos realizados con resultados óptimos. Sin alteraciones.

Estudios Microbiológicos:

Esputo (directo y cultivo): negativo a gérmenes
Raspado mucosa Oral y Faríngea: (negativo a gérmenes)
Coprológico: color café. Aspecto blando
Examen Microscópico: no se observan parásitos en la muestra.
Flora bacteriana normal: (dentro de límites normales)
Estudios Hematológicos: (normales)
KOH DE UÑAS: Negativo para estructuras micóticas en la muestra analizada

- *NOTA*: **Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para (Manipulación de Alimentos).**

.

Paciente Firma **Índice Derecho:** **Medico:**

Dr. José E. Olivera M. MEDICO GENERAL Y OCUPACIONAL RMP.88099

MEDICAL CENTER - "TU SALUD IMPORTA"
Salud social C.S/Olaya
CARR. 21 # 24-80. SUR. OLAYA
Central Telefónica:3045491872 NIT: 18590065-3

Sede:/Orden:869/00003002370682 Fecha: 18/02/2026. Convenio: PARTICULAR
Paciente: JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA Identificación:1.023.941.760 Edad:30 Años
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.
MEDICO TRATANTE: JOSE E OLIVERA MESA.

CERTIFICADO
DE APTITUD MÉDICA PRE-OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Periódico Ocupacional y de aptitud física para realizar cualquier tipo de trabajo.
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	-----
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	-----
3. OXIMETRIA DE PULSO: O2 AMBIENTE	97%
4. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	NORMAL
5. HEMOCLASIFICACION	0+ (POSITIVO)
6. GLICEMIA	NORMAL
7. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
PRUEBAS MICROBIOLOGICAS	SIN ALTEACIONES (NEGATIVAS)
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	SIN ALTERACIONES

10. VARIABLES FISICAS	FRECUENCIA CARDIACA	68	PESO	70 KG	ESTATURA	1.68 Cm	TENSION ARTERIAL	120/70 mmHg

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

1.APTO SIN RESTRICCIONES PARA REALIZAR CUALQUIER TIPO DE TRABAJO (MANIPULACION DE ALIMENTOS)	X
2. CONDICIONAL (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
3. RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
4. APLAZADO	

- Se autoriza al trabajador para laborar, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

ALTERACION	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	PERMANENTE
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDIOVASCULAR	NINGUNA		

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:

-UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
-SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
-HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL
-CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS /USO DE MEDIAS ANTIVARISES
-SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL.
-USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID -19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
-NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS COV- 2) NO PRESENTA
-MORBILIDADES PREXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 ;
SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

JOSE E. OLIVERA MESA FIRMA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C:	HUELLA INDICE DERECHO

Sede:/Orden:869/00003002370682 Fecha: 18/02/2026. Convenio: PARTICULAR
Paciente: JEISON ALEXANDER AGUIRRE POVEDA Identificación:1.023.941.760 Edad:30 Años
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Servicio: CONSULTA OCUP.
ESTUDIO: LABORATORIO CLINICO-BIOLOGICO.
MEDICO TRATANTE: JOSE E OLIVERA MESA.

EXAMEN FÍSICO:

Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, presentando un buen estado general y refiriendo sentirse bien, el cual realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.

Mucosas: Normocoloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores **FR**: 18 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
FC: 68x min. TA: 120/70 mmHg.

Abdomen: Plano depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda no tumoración no visceromegalia.

Sistema Osteomuscular: cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias. Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones
SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

Impresión Diagnostica: Paciente Sano.

NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo. Apto para manipulación de alimentos.

JOSE E. OLIVERA MESA FIRMA MEDICO OCUPACIONAL RM:88099	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C:	HUELLA INDICE DERECHO