

HOY COMIENZA ESTA GRAN AVENTURA

¡Gracias por hacernos parte de
tu futuro profesional!



NUESTRA HISTORIA

3 AÑOS de investigación y desarrollo

300 PRUEBAS en laboratorio

CIENTOS DE HORAS de estudio

MUCHAS Asesorías profesionales, viajes al exterior
y visitas a exposiciones internacionales



Para conseguir nuestra fórmula mágica

DIC 2020 Se funda Alimentos Serimar C.A.

AGO 2021 Iniciamos operaciones en planta



MISIÓN

Ofrecer al mundo un estilo de vida saludable a través de productos de altísima calidad y de gran valor nutritivo.

Contribuir al bienestar de nuestras comunidades mediante la generación de empleos dignos y programas de responsabilidad social sustentables.

VISIÓN

Ser la referencia del mercado en términos de calidad, sabor y nutrición.



EN YOLO:

Nuestra receta es la **innovación, calidad y excelencia,**

Cada error, es una oportunidad de **crecimiento,**

No solo lo hacemos bien, siempre **queremos hacerlo mejor,**

Premiamos el talento, el compromiso y **la perseverancia,**

Nada ocurre al azar, ponemos **intención a cada detalle,**

Más que compañeros de trabajo, somos una **familia,**

No sólo producimos yogur, estamos comprometidos a **revolucionar la industria** de alimentos del país,

Disfrutamos cada momento, porque...

YOU ONLY LIVE ONCE

NUESTROS VALORES

A stylized, bold, lowercase 'y.' logo in a dark blue color, positioned in the bottom right corner of the image.

NUESTRO ACTUAL PRODUCTO

- Yogur Griego natural:

Bajo en lactosa

Sin azúcares añadidas

Alto en proteínas

Libre de conservantes artificiales

- Dos líneas de yogur
- Dos presentaciones de tamaño





Coco



Durazno



Fresa



Pie de limón



Plain



Mantecado



Mango



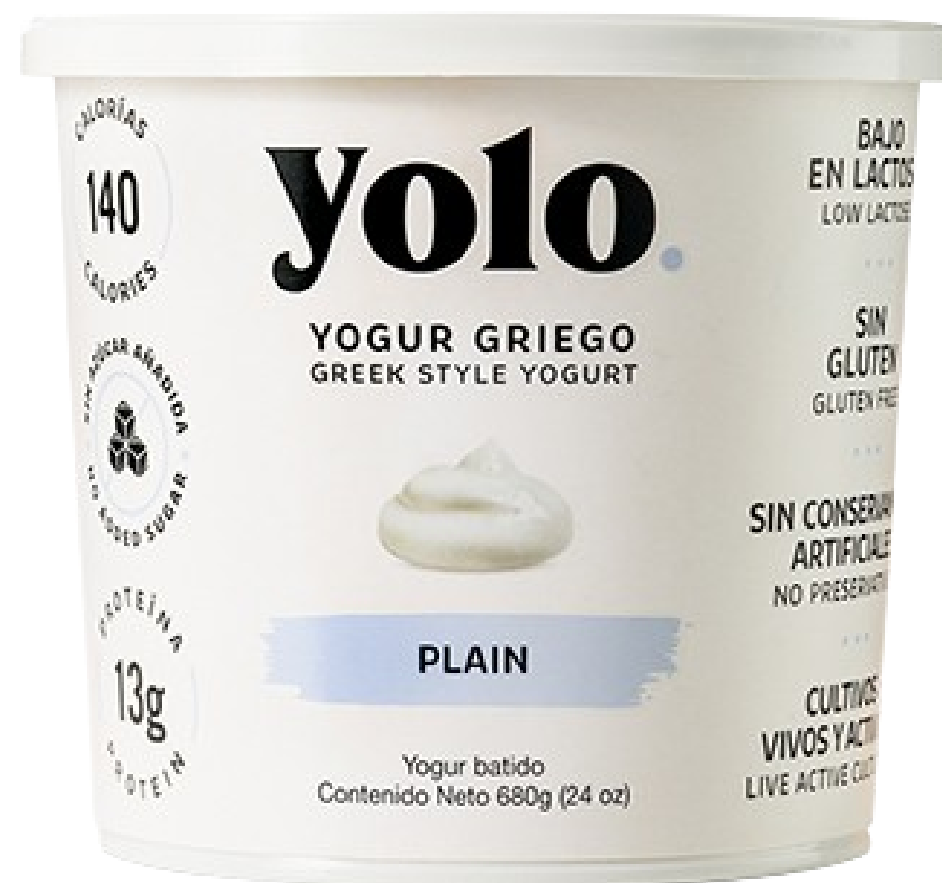
Patilla

150 GR

yolo.
YOGUR GRIEGO



Manteonado



Plain



Fresa

680 GR

yolo.
YOGUR GRIEGO

yolo.

desserts

YOGUR GRIEGO



Caramelo



Chocoavellanas



Tiramisú



Crema Naranja

150 GR



LA RUTA YOLO

Desde nuestra producción al anaquel





RECIBIMOS

La materia prima de más alta calidad proveniente de los estados: Cojedes, Falcón, Barquisimeto y Carabobo.



Es recibida en nuestra fábrica para iniciar la producción.



PRODUCIMOS

Pasando por 8 procesos específicos tales como mezcla, pasteurización, fermentación, pruebas de calidad, envasado, etc.



Hasta llegar a nuestro producto final



ALMACENAMOS Y DISTRIBUIMOS

Refrigeramos nuestro producto en nuestros almacenes y sin perder su cadena de frío lo transportamos a todas partes del país.

LLEGANDO AL CONSUMIDOR



A cientos de eventos deportivos y recreativos



A más de 4.367 puntos de venta a nivel nacional



A 600 clientes mediante el Ecommerce

NUESTROS ALIADOS: PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Contamos con múltiples aliados sociales a los que apoyamos en sus actividades y eventos.

Entre ellos:

- Hogar Bambi
- Autismo dejando huella
- Aser país
- Fundación EPK
- Dividendo voluntario para la comunidad



aser
país



AUTISMO
DEJANDO
HUELLA

epk.



PRESENCIA EN EL INTERIOR DEL PAÍS



ZULIA *
TÁCHIRA
MÉRIDA
ANZOÁTEGUI*
MONAGAS
BOLÍVAR
LARA*
PORTUGUESA
CARABOBO*
ARAGUA*
CARACAS
MIRANDA
LA GUAIRA

PLANTA, LOGÍSTICA Y ALMACÉN

 La Trinidad, Caracas

INNOVACIÓN Y PROCESOS

Desarrollo de nuevas
fórmulas y productos

PRODUCCIÓN Y CALIDAD

Elaboración del producto
y control de su calidad

LOGÍSTICA Y ALMACÉN

Almacenamiento, distribución
y facturación del producto.

HORARIO

1 er turno:
de 6:30 am a 3:30pm

2do turno
de 3:00pm a 11:30pm

3er turno
de 11:00pm a 7:00am



OFICINAS ADMINISTRATIVAS



Macaracuay, Caracas

MERCADEO

Estrategia y
manejo de marca

TALENTO HUMANO

Gestión del talento
humano y beneficios

VENTAS

Atención de
comercios y clientes

HORARIO

de 8:00am a 5:00pm

CUENTAS POR COBRAR

Cobro de cuentas a
clientes

PLANIFICACIÓN Y PROCURA

Compra de bienes y
servicios

I.T.

Soporte técnico a
equipos y sistemas

PROYECTOS REGIONALES

Expansión y atención
de sucursales

ADMINISTRACIÓN Y TESORERÍA

Gestión de pagos y
contabilidad





HOY SOMOS MÁS DE 190 COLABORADORES

Que hacemos posible este sueño

NUESTROS DIRECTORES



**DIRECTOR
COMERCIAL**

Juan Ignacio Monsant



**DIRECTOR
PLANTA**

Edgar Zea



**DIRECTOR
GENERAL**

Reinaldo Chichella

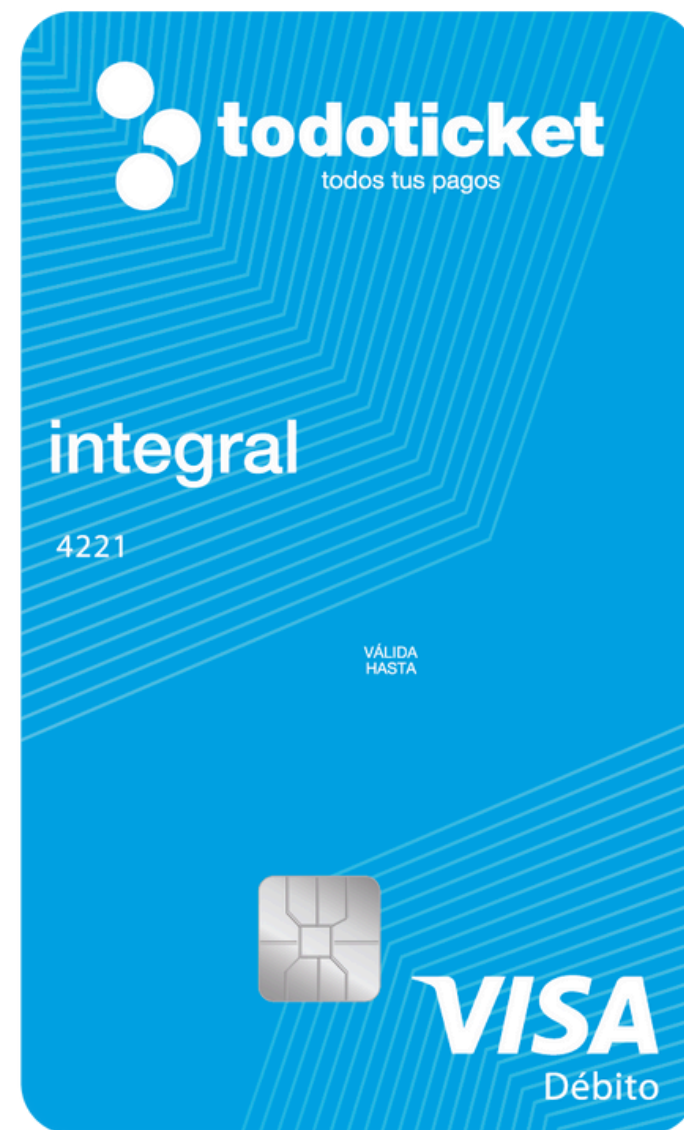
PAGO DE PAQUETE SALARIAL

Cuenta nómina Banesco



Sueldo base (primera y segunda quincena)

Todoticket integral



Complemento y comisiones (primera y segunda quincena)

Todoticket alimentación



Abono alimentación (segunda quincena)



CONOCE TUS BENEFICIOS

UTILIDADES

- 30 Días de utilidades
- Pago según disponibilidad de la empresa, por mes completo trabajado

VACACIONES

- 15 días de vacaciones efectivas al cumplir el año de trabajo.
- Pago de 15 días de bono vacacional.
- Solicitud mediante planilla a Talento Humano.
- 1 día adicional por año trabajado hasta 30 días.



PRESTACIONES SOCIALES

- 15 días de prestaciones por trimestre (sobre salario base)
- Solicitud de adelanto mediante planilla a Talento Humano

DÍA LIBRE POR CUMPLEAÑOS

- 1 día no acumulable durante el mes de cumpleaños.
- Solicitud del beneficio con el supervisor directo.

SEGURO H.C.M. (BANESCO SEGUROS)

- Cobertura de \$7.000 para hospitalización, cirugía y maternidad.
- Redyplan (Servicio de atención y telemedicina)
- Atención de emergencias 24/7
- Envío de medicamentos y atención domiciliaria/oficina.



OPCIÓN A COMPRA DE PRODUCTOS

- 1,16 \$ (150gr) 4,30 \$ (680gr)
- Cantidad máxima a adquirir: 12 unidades de 150gr o 2 unidades de 680gr
- Beneficio mensual
- Descuento en nómina (segunda quincena)



EN YOLO, TODOS NOS CUIDAMOS

PROGRAMA DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL



- Seguir las recomendaciones de seguridad en toda la empresa sobre todo en planta y almacén.
- Usar la vestimenta apropiada en planta y almacén.
- Notificar a tu supervisor inmediato en caso de una emergencia.
- Contactar a nuestra agente de seguros Banesco para ser atendido en caso de malestar.
- Dudas o consultas: Jennifer Pantoni – Especialista en SSL



YA ESTAMOS CASI LISTOS PARA RECIBIRTE

¿CUÁLES SON LOS SIGUIENTES PASOS?

1. Firma de la documentación laboral.
2. Apertura de tu cuenta nómina Banesco.
3. Recepción de tarjetas Todoticket.
4. Recepción de tu equipo de trabajo.
5. Configurar el acceso a las oficinas.
6. Recepción de carnet corporativo.
7. Incluirte al grupo de Whatsapp.
8. Terminar durante el mes tu proceso de inducción por área.



¿CÓMO COMPLETAR EL ITINERARIO DE INDUCCIÓN?

- 1 Agenda una breve reunión (vía telefónica o presencial).
- 2 Recopila las firmas de los encargados.
- 3 Entrega el formato lleno.



ITINERARIO DE INDUCCIÓN NUEVOS INGRESOS



Nombre: Área:
Cargo: Responsable:

TALENTO HUMANO	María Antonieta Fernández: mfernandez@gruposerimar.com	
COBRANZAS	Roberto Chico: rchico@gruposerimar.com	
ADMINISTRACIÓN	Oscar Liporacci: oliporacci@gruposerimar.com	
MERCADEO	Stephanie de Abreu: sdeabreu@gruposerimar.com	
VENTAS	Erika Jeschke: ejeschke@gruposerimar.com Andri Matos: amatos@gruposerimar.com	
PLANIFICACIÓN Y PROCURA	Génesis Galea: ggalea@gruposerimar.com	
PROYECTOS REGIONALES	Fernando Velarde: fvelarde@gruposerimar.com	
LOGÍSTICA Y ALMACÉN	Jesús Taborda: jtaborda@gruposerimar.com	
PLANTA Y PRODUCCION	María Elvia Aldana: maldana@gruposerimar.com	
PROCESOS E INNOVACIÓN	Natascha Camacho: ncamacho@gruposerimar.com	
SEGURIDAD LABORAL	Jennifer Pantoni: jpantoni@gruposerimar.com	

Finalización de inducción:

DOCUMENTACIÓN A FIRMAR

CONTRATO DE TRABAJO

El documento legal que formaliza tu relación con la empresa. Recuerda validar que los datos personales estén correctos

RUTAGRAMA

Podremos conocer que ruta tomas para transportarte al trabajo y ubicarte en caso de alguna emergencia.

GARANTÍA DE PRESTACIONES SOCIALES

Autorizas el abono de tus prestaciones sociales de ley a la contabilidad de la empresa. Recuerda marcar un check en donde dice “contabilidad de la empresa”

NOTIFICACIÓN DE RIESGO

Conocerás acerca de riesgos laborales asociados a tu puesto y formas de prevención de accidentes.

SOLICITUD DE EMPLEO

Recopilaremos datos personales y laborales importantes.

DESCRIPCIÓN DE CARGO

Enumera las responsabilidades y tareas principales del cargo.

SOLICITUD DEL SEGURO

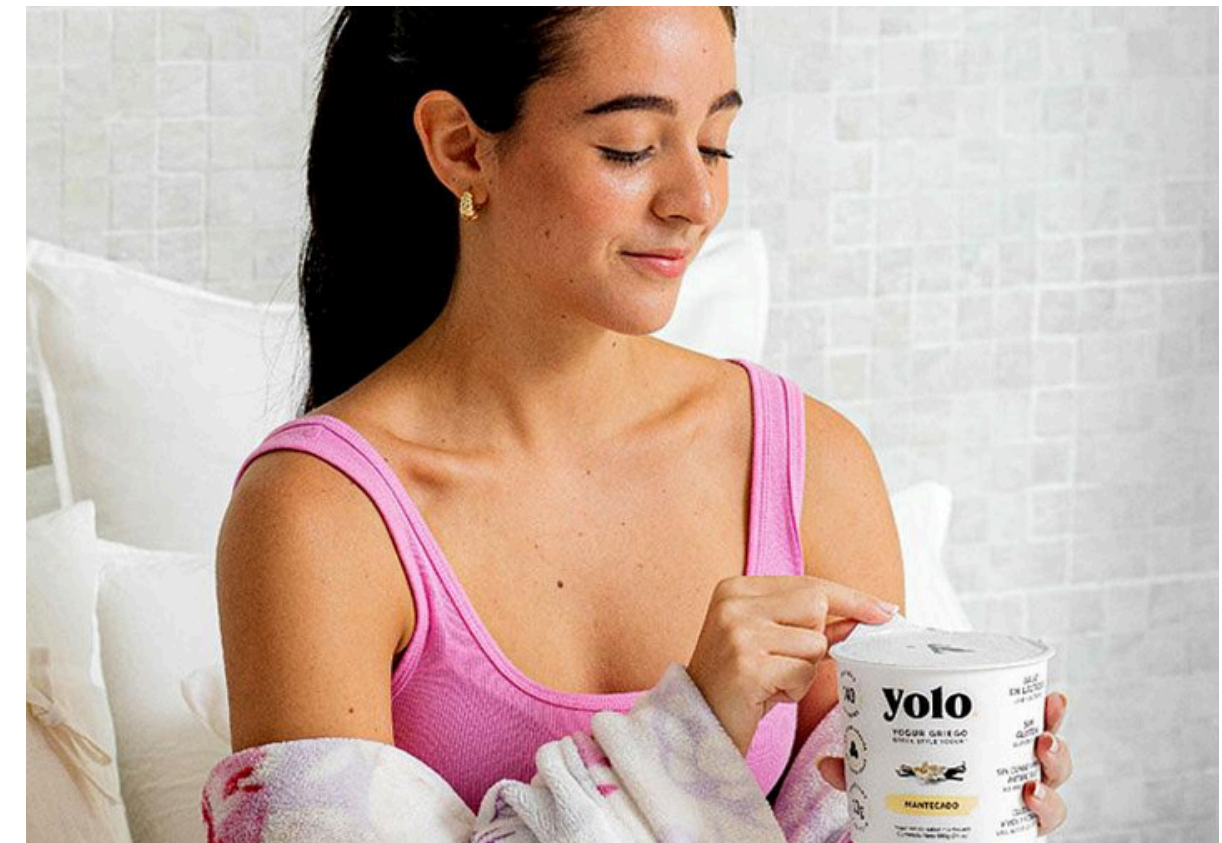
Para ser enviada a la empresa aseguradora. Y garantizar tu bienestar y salud

REGLAMENTO INTERNO

Te comprometerás a cumplir nuestro código de conducta.

CONVENIO DE CONFIDENCIALIDAD

Firmas tu compromiso de no divulgar información confidencial.



¿CÓMO LLENAR LA SOLICITUD DE SEGUROS BANESCO?

I. DATOS DE LA SOLICITUD									
Pd	NO LLENAR		Ciudad:	Nro. de Solicitud:	Tipo de Solicitud: ☐ Nueva ☐ Modificación	Sucursal:			
II. TOMADOR									
Nº	NO LLENAR		Edad:	Número de Cédula de Identidad/ R.I.F.: ☐ V ☐ E ☐ J	Tipo de Persona: ☐ Natural ☐ Jurídica				
III. DATOS DEL SOLICITANTE COMO ASEGURADO TITULAR									
LLENA A PARTIR DE ESTE APARTADO			Número Cédula de Identidad: ☐ V ☐ E			Lugar de Nacimiento: Edo.:			
			☐ Gubernamental		Actividad Económica:	Profesión:			
Ocupación:	Relación de Trabajo (tipo de ejercicio): ☐ Asegurado ☐ Empleado ☐ Independiente ☐ Socio			Ingreso Mensual	Fecha de Inicio de Relación con el Tomador: / /				
Patrimonio	Dirección de Habitación: Estado: Ciudad:			Urbanización:	☐ Av./ ☐ Calle/ ☐ Transversal:				
☐ Apto. ☐ C.C.	☐ Casa ☐ Torre:	☐ Quinta ☐ Local	☐ Piso ☐ Nivel	☐ Apto. ☐ Oficina	Condición de Vivienda: ☐ Propia ☐ Alquilada Otra: _____				
Teléfono de Habitación:			Zona Postal:		E-mail:				
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:		Urbanización:	☐ Av./ ☐ Calle/ ☐ Transversal:				
☐ Apto. ☐ C.C.	☐ Casa ☐ Torre:	☐ Quinta ☐ Local	☐ Piso ☐ Nivel	☐ Apto. ☐ Oficina	Fax:				
Teléfono de Oficina:			Zona Postal:		E-mail:				
IV. GRUPO A ASEGURAR									
	Apellido(s) y Nombre(s):		V E	Nro. C.I.:	Parentesco	Edo. Civil	F. de Nac.	Sexo	
1								☐ M ☐ F	
2								☐ M ☐ F	
3								☐ M ☐ F	
4								☐ M ☐ F	
5								☐ M ☐ F	
6								☐ M ☐ F	
	Estatura (mts)	Peso (Kg.)	Ocupación		Deporte que practica	Cobertura de Maternidad			
1						☐ Si ☐ No			
2						☐ Si ☐ No			
3						☐ Si ☐ No			
4						☐ Si ☐ No			
5						☐ Si ☐ No			
6						☐ Si ☐ No			
V. COBERTURAS SOLICITADAS									
Plan:									
Coberturas		Suma Asegurada	Deducible	Coberturas		Suma Asegurada	Deducible		
☐ Hospitalización y Cirugía				☐ Asistencia en viajes					
☐ Maternidad				☐ Servicio Funerario					
☐ Contingencias Extremas									
☐ Servicio Odontológico									
						7.000			
						HCM			

DECLARACIÓN DE SALUD.

En relación a cada persona a ser incluida en la póliza, favor responder lo siguiente:

A. ¿Mantiene en ésta u otra Compañía un Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad?

☐ Si
☐ No

B. ¿Le ha sido negado o cancelado en alguna oportunidad un Seguro de Vida, Hospitalización, Cirugía o de Accidentes Personales?.....

☐ Si
☐ No

C. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?

☐ Si
☐ No

D. ¿Se ha efectuado algún chequeo de rutina o tiene previsto practicarse alguna intervención quirúrgica o se le ha recomendado someterse a alguna que no se haya efectuado aún?.....

☐ Si
☐ No

E. Según su más leal saber y entender, ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad transitoria o crónica, defecto físico o secuela de accidente?

☐ Si
☐ No

F. ¿Se encuentra alguna de las solicitantes en estado de gravidez? ¿Cuántos meses de embarazo tiene?

☐ Si
☐ No

G. ¿Goza de buena salud?

☐ Si
☐ No

H. ¿Fuma o ha fumado? ¿Consumo o ha consumido alcohol, estupefacientes u otras drogas? Indique cantidad

☐ Si
☐ No

Explique en detalle: Persona, tipo de padecimiento, fecha, duración, médico tratante, tipo de tratamiento o intervención efectuada, estado actual, fecha del último chequeo médico, nombre del médico y clínica donde se encuentra:

Nro. Aseg.	Pregt.	Padecimiento	Tipo Tratamiento	Fecha	Médico Tratante	Clínica	Fecha último chequeo médico

Observaciones:

VI. AVISO

Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones e información proporcionadas en esta Solicitud entre la firma del Solicitante como Asegurado Titular y la emisión de la Póliza, o durante la vigencia de la misma, debe ser participada al ASEGURADOR. En tales casos, el ASEGURADOR se reserva el derecho a rechazar la Solicitud o anular el Contrato, o de aplicar una Tarifa modificada de acuerdo con el nuevo concepto que el ASEGURADOR se formará del riesgo, de conformidad con lo establecido en las Condiciones de la Póliza.

VII. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN

Yo, el Solicitante como Asegurado Titular:

A. Autorizo a todos los Médicos tratantes y a las Clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades, estado físico e historia clínica, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar la historia clínica y el secreto médico.

B. Doy fe que estoy enterado de las Exclusiones y Plazos de Espera y demás condiciones de la Póliza.

C. Hago constar que he leído, cuidadosa y totalmente, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que la información que doy en este documento es verdadera, amplia, completa y exacta y que conozco que esta solicitud y otros documentos presentados son la base para evaluar el riesgo y fijar la prima.

D. Conozco que en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad del Asegurador por este seguro y que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión del Asegurador sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.

E. Conozco que tengo la facultad de escoger las coberturas que deseo y no estoy obligado a tomarlas todas y cada una de ellas.

Yo, Tomador, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

LLENAR

NO LLENAR

FIRMAR

Lugar y Fecha

Firma Tomador

Firma del Solicitante como Asegurado Titular

RESPONDER

LLENAR CON HISTORIAL MÉDICO (DE EXISTIR)

LLENAR

NO LLENAR

FIRMAR

Lugar y Fecha

Firma Tomador

Firma del Solicitante como Asegurado Titular



BIENVENIDO AL TEAM YOLO

¡Estamos muy felices de
tenerte en nuestro equipo!

¿Tienes preguntas?