

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

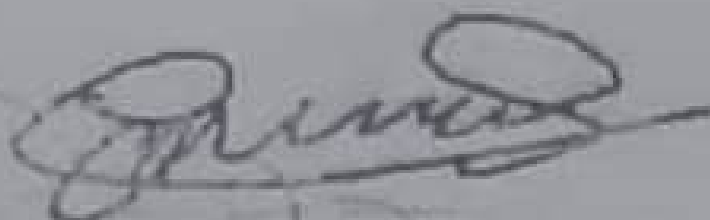
NUMERO 16.710.304

PARRA UPEGUI

APELLIDOS

CARLOS ALBERTO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1964

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

B+

G.S. RH

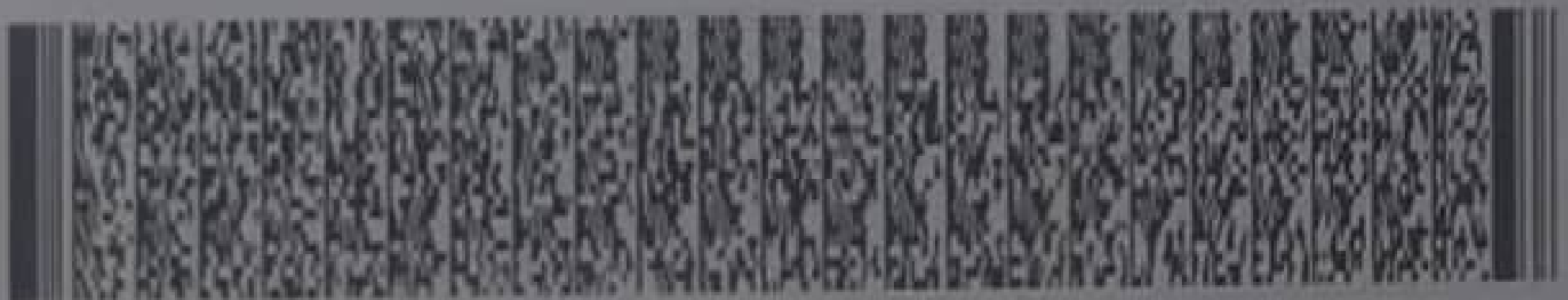
M

SEXO

31-MAY-1983 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-3100100-01176010-M-0016710304-20201104

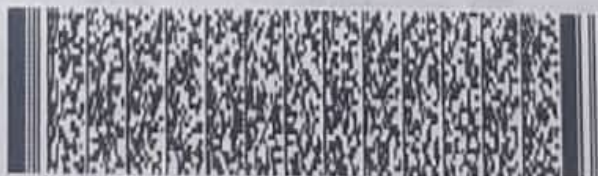
0072302489A 3

9913553345


REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
 No. 16710304
 NOMBRE: **CARLOS ALBERTO FARRA UPEGUI**
 FECHA DE NACIMIENTO: **18-12-196**
 FECHA DE EXPIRACIÓN: **24-04-2023**
 RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR:
 OFICINA DE EMISIÓN DE LICENCIAS: **SECRETARÍA MUNICIPAL DE TRÁFICO**


cel: 317-419 65.39- 315.486 33.99
 sandrualonso162@gmail.com

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	18-02-2030	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	24-04-2030	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	24-04-2026	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03004957888

Servicios Integrales 40347.2 0-3 06/22





SOAT

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

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA
AÑO MES DÍA	DESDE LAS 00 HORAS DEL
2023 04 18	AÑO MES DÍA
	2023 04 19
	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
	AÑO MES DÍA
	2024 04 18



ASEGURADORA

sura

890.903.407 - 9

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
33328994	LFL406	CAMIONETA	PUBLICO URBANO	1243	2023
PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO		CARROCERÍA	
2	CHANGAN	MINIVAN			
No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.		
JL473QN30F505953	LS4AAH2R2PG806503	LS4AAH2R2PG806503	0.49		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
SANDRA ALONSO CALDERON			CEDULA	66819145	
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN	
AT1318	2617	18114			
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	AMPAROS POR VICTIMA	HASTA
211	\$ 479,100	\$ 249,100	\$ 2,100	A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 ¹
TOTAL A PAGAR \$ 730,300				B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	701,68 ²
				C. INCAPACIDAD PERMANENTE	8,77
				D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	180
					750

UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)

SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES

Sandra Alonso Calderon

FIRMA AUTORIZADA

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

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

CON EL SOAT SURA VAMOS MÁS ALLÁ

Porque estamos contigo si tienes un accidente de tránsito donde hay lesionados, a través del **#888**.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

En caso de accidente de tránsito:

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

Texto habeas data

"Autorizo a SURAMERICANA S.A. para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.; para el tratamiento (os mismos, incluso datos biométricos, que es un dato sensible), con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con proveedores, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos; para las demás contempladas en la política de privacidad.

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

El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A., para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 800051888. Para conocer las políticas de privacidad visite www.segurosura.com.co"



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10028916848

PLACA LFL406	MARCA CHANGAN	LÍNEA MINI VAN	MODELO 2023
CILINDRADA CC 1.243	COLOR BLANCO	SERVICIO PÚBLICO	
CLASE DE VEHÍCULO CAMIONETA	TIPO CARROCERÍA PANEL	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ 490
NÚMERO DE MOTOR JL473Q*N30F505953*		REG N	VIN LS4AAH2R2PG806503
NÚMERO DE SERIE LS4AAH2R2PG806503		REG N	NÚMERO DE CHASIS LS4AAH2R2PG806503 REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) ALONSO CALDERON SANDRA		IDENTIFICACIÓN C.C. 66819145	

Powered by



CamScanner

Powered by



CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP
97

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
882022000102739
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

VE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
1	22/10/2022	5



PRENDA - FINANCIACION AMIGA S.A.S.

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
19/04/2023	19/04/2023	*****

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE PALMIRA



LT06004998613



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 25/04/2023 Empleo o cargo al que aspira: _____

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

Apellido(s) del aspirante Parra Upegui		Nombre(s) del aspirante Carlos Alberto	
Fecha de nacimiento 18/12/1964	Lugar de nacimiento cañ		
Dirección domicilio / Barrio Kxa 32 A # 35 EOS		Ciudad cañ	
Telefono 317.419.6539	N. Celular 317.419.6539		
Correo electrónico Sandraqlonso162@gmail.com		Nacionalidad colombiano	
Profesión, ocupación u oficio Motociclista-Mensajero		(*) Estado civil unión libre	Años de experiencia laboral 20 años



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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 16.710.304	(**) Libreta militar No. 16.710.304	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: cañ	Distrito No. _____	Segunda clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No. 16.710.304
		Categoría C1

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha: D. M. A.
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre: _____ Dependencia: _____	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familia? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador: Desiderio Teléfono: _____ ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 6 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ _____
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ _____
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____		

14770295

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Sandra Alonso C.		Profesión, ocupación u oficio Independiente		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		No. de personas que dependen económicamente de usted <input type="checkbox"/> 1		Parentesco hijastro	
Edades 14 años		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)		Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)					

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	
Primaria						
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>						
Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/>						
Tecnológico <input type="checkbox"/>						
Profesional <input type="checkbox"/>						
Posgrados						
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución		
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución		
¿Cursa estudios actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)						
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB		
¿Qué programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB		
Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escucha		Lectura		Escritura	
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB	
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB	

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa Bio Alemana		Actividad Económica		Dirección calle 9 # 37A 22		Teléfono(s) 3104298510	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Mensajero		Área del cargo		Fecha Ingreso 18/06/2008		Fecha Retiro M A	
Sueldo Inicial \$ básico		Sueldo Final \$ básico		Funciones realizadas repartir medicamentos naturales dentro y fuera de la ciudad.			
Nombre de su jefe inmediato Liliana				Cargo administradora			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input checked="" type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		Motivo del retiro			

Nombre de la empresa Droguerías Alonso		Actividad Económica	Dirección calle 8 # 5 - 04			Teléfono(s) 8808000	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Mensajero		Área del cargo	Fecha Ingreso		Fecha Retiro		Sueldo Inicial \$ mínimo
Funciones realizadas Repartir medicamentos							
Nombre de su jefe inmediato Mireya Alonso				Cargo propietaria			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro voluntario							

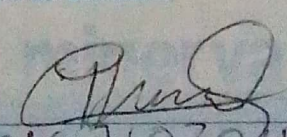
Nombre de la empresa		Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso		Fecha Retiro		Sueldo Inicial \$
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Natalia Zafra	Ocupación Comerciante	Dirección Teléfono 3166292817
2.	Nombre Valentina Alonso	Ocupación Bastman	Dirección Teléfono 3145732262
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Sandra Alonso C.	Ocupación Independiente	Dirección Teléfono 3154863394
2.	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p></p> <p>CC. 10710304</p>
--	---	--

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 66.819.145

ALONSO CALDERON

APELLIDOS

SANDRA

NOMBRES

Sandra ALONSO ©

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1970

CALI
(VALLE)

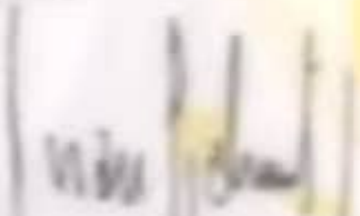
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

31-MAR-1989 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALGADO MACHA



A-3112100-01027938-F-0066819145-20180730

0062101819A 1

9905146658