



## HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha 13/03/23 Empleo o cargo al que aspira Conductor

## I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante <u>Sotelo Cermeno</u>	Nombre(s) del aspirante <u>Kewin Eliecer</u>	
Fecha de Nacimiento <u>19/06/1991</u>	Lugar de Nacimiento <u>Barranquilla</u>	
Dirección domicilio / Barrio <u>Cla 105 #15C25 la paz</u>	Ciudad <u>Barranquilla</u>	
Teléfono <u>3808474</u>	No. Celular <u>3014850027</u>	
Correo electrónico <u>Kewinsot1991@hotmail.com</u>	Nacionalidad <u>colombiano</u>	
Profesión, ocupación u oficio <u>Conductor</u>	(*) Estado civil <u>Union libri</u>	Años de experiencia laboral <u>7 años</u>
DOCUMENTACION		(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° <u>1.143240781</u> Extranjeria: <input type="checkbox"/> Expedida en: <u>Barranquillo</u>	(**) Libreta militar N° <u>1.143240781</u> Distrito N°	Primera clase: <input type="checkbox"/> Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° <u>1.143240781</u> Categoría <u>C2</u>

FOTOGRAFIA  
RECIENTE  
Tamaño 3x4 cms.

## II. PERFIL LABORAL

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

técnico en mantenimiento de motocicletas  
conductor y conocimientos en mecánica

## II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D   M   A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <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? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? \$	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$		
¿Cuál es su principal afición? <u>los camos</u>	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

#### IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre espesa(o) o compañera(o) <b>Mallory Ochoa Diaz</b>		Profesión, ocupación u oficio <b>ama de casa</b>	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección <b>calle 105 #15028</b>	Teléfono <b>3002320778</b>	Edades	Ciudad <b>Barranquilla</b>
Nº de personas que dependen económicamente de usted <b>3</b>	Parentesco <b>hijos, esposa</b>	<b>10-4-30</b>		
Nombre(s) padre(s) <b>Luis Sotelo Cogollo</b>	Profesión, ocupación u oficio <b>Hecanico</b>	Teléfono(s) <b>3008478954</b>		
Nombre(s) hermano(s) <b>Leidy Sotelo Cernero</b>	Profesión, ocupación u oficio <b>Folleciador</b>			
Nombre(s) hermano(s) <b>Jeanwin Sotelo Cernero</b>	Profesión, ocupación u oficio <b>profesor</b>	Teléfono(s) <b>3013192331</b>		
	Profesión, ocupación u oficio <b>Diseño grafico</b>	Teléfono(s) <b>3016391938</b>		

#### V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION		CIUDAD
Primaria	<b>2004</b>			<b>Sonla ahumada</b>		<b>Barranquilla</b>
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Técnico</b>	<b>2009</b>	<b>Bachiller</b>			
Comercial <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>					
Educación Superior <input checked="" type="checkbox"/>	Técnico <input checked="" type="checkbox"/>		<b>Mantenimiento de motocicletas</b>	<b>Sener</b>		<b>Barranquilla</b>
Tecnológico <input type="checkbox"/>						
Profesional <input type="checkbox"/>						
Postgrados						
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa			Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa			Institución	
¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?			Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
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-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)						
Sistemas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Que programas maneja?	1. _____ 2. _____		R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> 3. _____ R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> 4. _____	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		
Idiomas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué idioma(s) conoce?	1. _____ 2. _____		Escucha R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	Lectura R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	Escritura R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	Habla R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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 <b>Glocal</b>	Actividad Económica	Dirección <b>Av. Circunvalar</b>		Teléfono(s) <b>3003102320</b>	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <b>Propietario y conductor</b>	Área del cargo	Fecha Ingreso <b>08/01/2016</b>	Fecha Retiro <b>01/03/2016</b>	Sueldo Inicial <b>\$</b>	Sueldo Final <b>\$</b>
Funciones realizadas <b>conductor y entregador</b>					
Nombre de su jefe inmediato <b>Jaime</b>	Cargo <b>Jefe de ventas</b>				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
Contrato por medio de agencia <input checked="" type="checkbox"/>					
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input checked="" type="checkbox"/>	Jornada: <b>X</b>	Diurna <input checked="" 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 <i>Aunbeth Gutiérrez</i>	Ocupación <i>amia de casa</i>	Dirección <i>calle 98 # 13B 80</i>	Teléfono <i>3105763022</i>
2.	Nombre <i>Sandra Ochoa</i>	Ocupación <i>Comerciante</i>	Dirección <i>calle 87 # 13 B 05</i>	Teléfono <i>3016956508</i>

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

1.	Nombre <i>Leidy Sotelo</i>	Ocupación <i>Profesora</i>	Dirección <i>calle 105 # 15C 26</i>	Teléfono <i>3013142331</i>
2.	Nombre <i>Luis Elier Sotelo</i>	Ocupación <i>mejorico</i>	Dirección <i>calle 105 # 15C 25</i>	Teléfono <i>3008478954</i>

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

Marque con una X

### Nota importante

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

### Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

### Firma del solicitante

*J. A. S.*  
C.C.



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1143240781

NOMBRE

KEWIN ELIECER SOTELO CERMEÑO

FECHA DE NACIMIENTO

19-06-1991

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

14-01-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

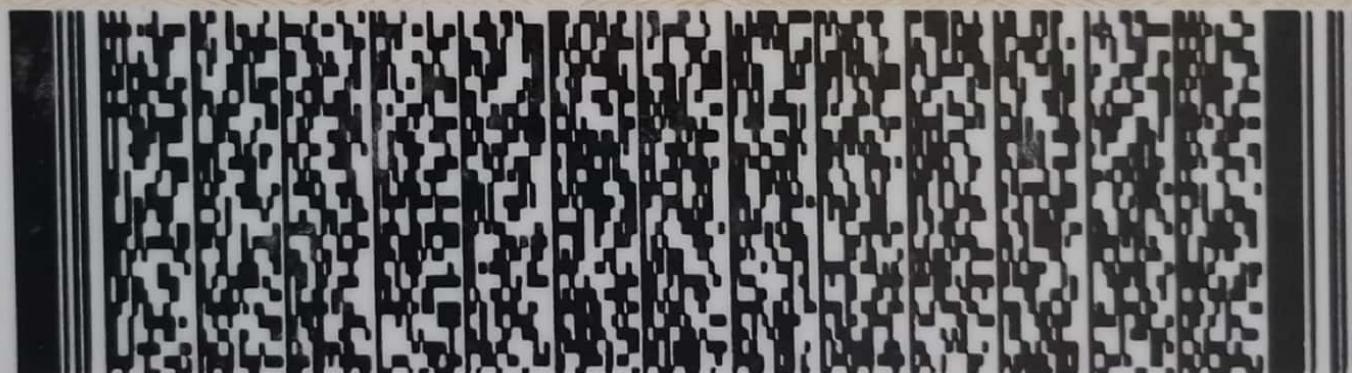
ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA MCPAL TTOyTTE GALAPA



## CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	14-01-2032	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	14-01-2032	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	14-01-2025	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02005168818



La fuerza que transforma

Air-e S.A.S. E.S.P. • NIT. 901.380.930 - 2

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
RESOLUCIÓN DIAN 001091 DEL 30 DE JUNIO DE 2022

Documento Equivalente: 48004173  
ID de Cobros: 8013852889  
Fecha de Emisión: 13/01/2023



Llame al **115** ó  
Desde cualquier lugar del país  
al 605 3225016



[servicioalcliente@air-e.com](mailto:servicioalcliente@air-e.com)



AireEnergiaCo



@Aire\_energia



@Aire\_energia

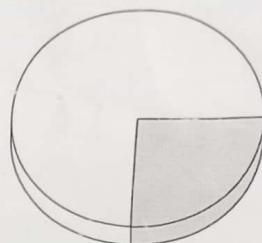
Operador de Red: Air-e S.A.S. E.S.P.  
Dirección: Calle 77B No 59B 27 B/quilla  
Oficina Villa Country

NIC O CUENTA: **1359939**

### Valor a pagar



Energía \$51.310



Total Mes

\$55.810

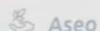
\$0

Deuda	Documentos en deuda	Anterior Consumo	Actual Consumo	Variación (kWh)
\$0	0	157	152	-5
Pago oportuno	Suspensión a partir de 20/01/2023			
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>\$55.810</b>

### Otros Servicios

Alumbrado Público \$1.500

Seguridad \$3.000



Aseo \$0

### DATOS DEL USUARIO Y/O SUSCRIPTOR

#### Titular de Pago

KEWIN ELICER SORELO SERMEO BMT

#### Usuario o Suscriptor

KEWIN ELICER SORELO SERMEO BMT

Estrato / Clasificación: Resid. Estrato 1

#### Dirección de suministro

CL 105 CR 15C - 25 INT 1 BZ5160

LA PAZ

LA PAZ

BARRANQUILLA

NIU: 21448046

#### Dirección de Envío

CL 105 CR 15C - 25 INT 1 BZ5160

BARRANQUILLA

ATLÁNTICO

Propiedad del Activo: PE



### INFORMACIÓN DEL CONSUMO

Concepto	Tarifa (\$/kWh)	Consumo (kWh)	Valor (\$)
Consumo activa Subsidio	845,1698 507,1019	152 152	\$128.271,42 -\$76.962,86

### INFORMACIÓN DE LECTURA

Medidor	Tipo	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Múltiplo	Consumo kWh	Días Facturados
ENERGÍA ACTIVA					152	29

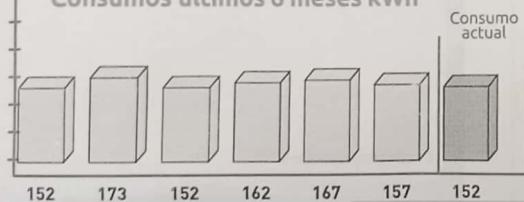
#### Valor consumo mes

\$ 51.309

#### Valor consumo día

\$ 1.769

#### Consumos últimos 6 meses kWh



Te recuerda que el exceso de consumo de energía es perjudicial para tu bolsillo

Consumo Calculado: ESTIMADO

Novedad en Lectura: Cálculo del consumo por aforo de carga

### Ruta de Lectura

Itinerario 2140 de la ruta 112002



Documentos vencidos:

0

Total a pagar:

\$55.810

NIC O CUENTA: **1359939**

ID de Cobros: 8013852889

Titular: KEWIN ELICER SORELO SERMEO BMT

Pago oportuno:

19/01/2023

Total Mes:

\$55.810

Para consultas sobre su facturación llame al Call Center:  
Teléfonos Fijos: 115 Desde un Celular: 605 3225016



(415)7709998310896(8020)80138528890000(3900)0000055810(96)20230119



Representante Legal



(415)7709998310896(8020)80138528890000(3900)0000055810(96)20230119



TRANSFERTIERS

QLP-451





# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE



Libertad y Orden

### LICENCIA DE TRÁNSITO No.

**10021349229**

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
<b>MAP451</b>	<b>DAIHATSU</b>	<b>DELTA V118</b>	<b>1996</b>
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
<b>3.600</b>	<b>BLANCO</b>	<b>PÚBLICO</b>	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
<b>CAMION</b>	<b>FURGON</b>	<b>DIESEL</b>	<b>3000</b>
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
<b>1430272</b>	<b>N</b>	*****	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
<b>V11806548</b>	<b>N</b>	<b>V11806548</b>	<b>N</b>

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

**CARREÑO POVEDA OSCAR FERNANDO**

IDENTIFICACIÓN

**C.C. 72314174**

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

I/E FECHA IMPORT.

PUERTAS

01186010582304

| 06/10/1995

2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

FECHA VENCIMIENTO

24/11/1995

14/10/2020

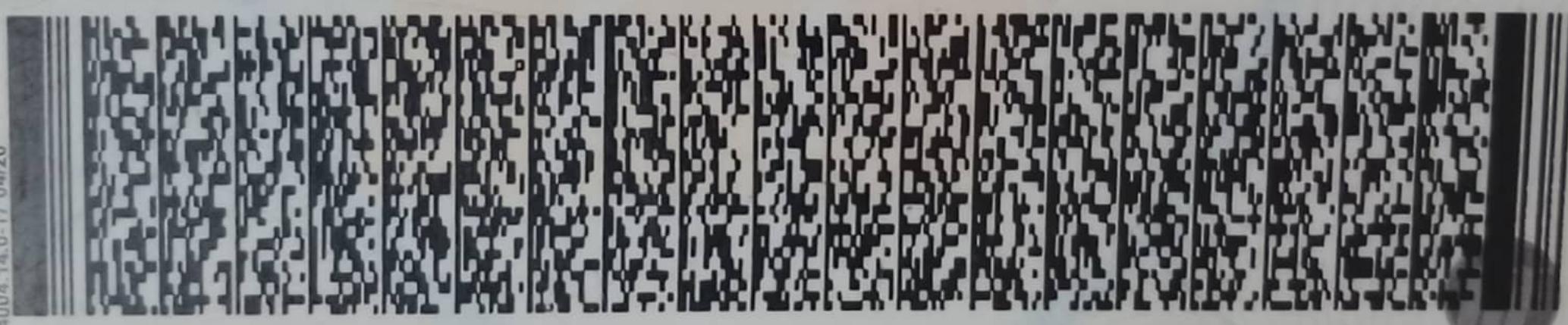
\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

DIR TTO DPTAL ANTIOQUIA/GUARNE



54004.14.0-17 04/20



LT03004176281

# SOAT

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

FÉCHA DE EXPEDICIÓN  
AÑO MES DÍA  
2022-03-19

VIGENCIA  
DESDE  
LAS 00  
HORAS  
DEL  
2022-03-20

HASTA  
LAS 23:59  
HORAS  
DEL  
2023-03-19



  
SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.  
NIT. 860.009.578-6

NO. DE POLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VIA TIP.	MODELO
13286200159700	MAP451	CARGA O MIXTO	PÚBLICO	3600	1996
PASAJER	MARCA	CARROCERÍA			
2	DAIHATSU	FURGON			
LINEA VEHICUL	DELTA V118				
No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN		CAPACIDAD TON	
1430272	V11806548			3.00	
APELLOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	No. DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ACOSTA VERGARA, FELIPE SEGUNDO		3157106942	CC	8799119	BARRANQUILLA
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN	
AT1329	10	1000163035	0	BARRANCABERMEJA	
TARIF	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN ESTRUCTURA	TASA RUNT	A. AMPAROS POR VICTIMAS	HASTA
310	\$ 480600	\$ 249900	\$ 1900	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	800
TOTAL A PAGAR				B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180
\$ 732400				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750
				D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10

*[Handwritten signature]*

FIRMA AUTORIZADA

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

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.

En caso de accidente de tránsito:

- Si el accidente es menor, 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 105 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 Fisyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Protección de datos personales:

Como consumidor financiero obteniendo a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A. Y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

- a) La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.

b) Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de Seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias centrales de información y de riesgos.

c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.

d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com) y [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com). Los responsables del tratamiento de sus datos son las ASEGURADORAS.

El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son:

- Oficinas de SEGUROS DEL ESTADO a nivel nacional
- Sitio web: A través de las páginas [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com) y [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com).

Contactenos. Correo electrónico: [info@segurosdelestado.com](mailto:info@segurosdelestado.com)



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

Libertad y Orden

**RUNT**  
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO



## CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 165208634

### DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA CIRCUNVALAR

NIT: 900357258

No. de Certificado de  
Acreditación: 10-OIN-070-001

Fecha de expedición: 2023/03/11

Fecha de vencimiento: 2024/03/11

### DATOS VEHÍCULO

PLACA: MAP451 CLASE: CAMION

MARCA: DAIHATSU MODELO: 1996

SERVICIO: Público COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 3600 NRO. MOTOR: 1430272

NRO. CHASIS: V11806548 VIN:

LÍNEA: DELTA V118

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: OSCAR F. CARREÑO P.

### FIRMA DEL RESPONSABLE

HECTOR JULIO GAVIRIA LONDOÑO

1430272

V118-06548

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **1.143.240.781**

**SOTELO CERMEÑO**

APELLIDOS

**KEWIN ELIECER**

NOMBRES

*Kewin Sotelo*

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

19-JUN-1991

BARRANQUILLA  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

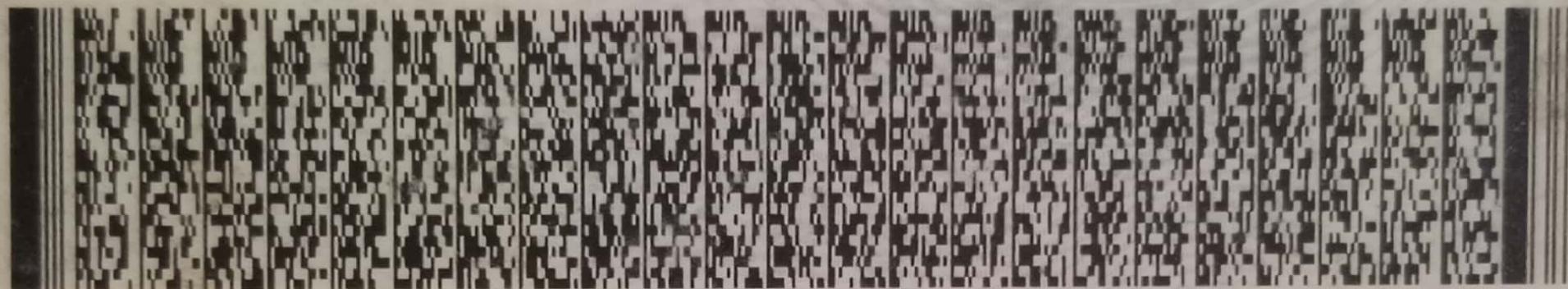
SEXO

08-ENE-2010 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*baranquilla*  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0300150-00241757-M-1143240781-20100618

0022336699A 2

34493515

DIRECCIÓN NACIONAL DEL ESTADO CIVIL