

SOAT

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

FECHA DE EXPEDICIÓN
AÑO | MES | DÍA
2022-10-28

VIGENCIA
DESDE LAS 00 HORAS DEL
AÑO | MES | DÍA
2022-10-29

HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
AÑO | MES | DÍA
2023-10-28



No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
209224400	SZX157	AUTOS DE NEGOCIO	PUBLICO	1206	2012
PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA			
2	CHEVROLET	PANEL			
LÍNEA VEHÍCULO					
N300					
No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.		
LAQUB50220907	LZWCCAGA9C7001178	LZWCCAGA9C7001178	0.00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
MOGOLLON RAMIREZ, MARLON		3143312574	CC	79962971	BOGOTA D.C
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN	
AT1333	12	9151201	0	BOGOTA D.C	

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
711	\$ 374100	\$ 194500	\$ 2100
TOTAL A PAGAR			
\$ 570700			

AMPAROS POR VÍCTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	MÍNIMOS
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	LEGALES
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	10	DIARIOS VIGENTES

FIRMA AUTORIZADA

HASTA NUESTROS EXPERTOS
EN SEGUROS USAN NUESTRAS
LÍNEAS DE ATENCIÓN

Bogotá
307 7050

Línea nacional
01 8000 113390

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde llevar el SOAT en su dispositivo móvil o imprimir este PDF. Portarlo es Obligatorio.
- 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.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:

La Aseguradora podrá modificar unilateralmente la vigencia del contrato de seguro, exclusivamente en beneficio del consumidor y en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos sobre el mismo riesgo asegurado.

Protección de datos personales

La expedición de esta póliza conlleva a Liberty Seguros S.A. a tratar los Datos Personales en cumplimiento de la ley 1581 de 2012 y decretos que la reglamentan para consultar, almacenar, administrar y transmitir a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, la información personal recolectada, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios derivados del presente contrato de seguros, únicamente con fines estadísticos, de control, reporte y prevención del fraude y no para fines comerciales; la información será tratada de acuerdo con las Políticas de Tratamiento publicadas en www.libertycolombia.com.co.

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diigencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha _____ Empleo o cargo al que aspira _____

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Cifuentes Ramirez		Nombre(s) del aspirante Johan Enrique	
Fecha de nacimiento 09/07/1995	Lugar de nacimiento Bogota	Ciudad Bogota	
Dirección domicilio / Barrio Calle 7AA # 92-21 sur Boca		N. Celular 3143312574 - 3115596144	
Teléfono 7759689		Nacionalidad Colombiano	
Correo electrónico Kike-13183@gmail.com		Años de experiencia laboral 10 años	
Profesión, ocupación u oficio conductor		(*) Estado civil Union libre	
Cédula de ciudadanía: ☒ No. 1030658123		(**) Libreta militar No. _____ Primera clase: ☐	
Extranjería: ☐ Expedida en: mta		Distrito No. _____ Segunda clase: ☐	
Tarjeta profesional No. _____		Licencia de conducción No. 1030658123 Categoría C2	
¿Tiene vehículo? ☒ Sí ☐ No			



II. PERFIL LABORAL

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

Experiencia en el area de transporte recibo y entrega de mercancías y productos, responsabilidad, buena actitud, emprendimiento honestidad, capacidad de ejercer tareas encomendadas con compromiso y buen servicio.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? ☐ Sí ☒ No		¿En qué empresa? _____		Empleado ☐ Tipo de contrato	
¿Trabajó antes en esta empresa? ☐ Sí ☒ No		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? ☐ Sí ☒ No		Fecha _____	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? ☐ Sí ☒ No		Nombre _____		¿Conoce a alguien de esta empresa? ☐ Sí ☒ No	
Dependencia _____		Dependencia _____		Dependencia _____	
¿Acepta trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? ☐ Sí ☒ No		Vive en casa: ☐ Familiar? ☐ Propia? ☐ Alquilada? ☐		Nombre del arrendador _____	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? ☐ Sí ☒ No		Describa e indique su valor mensual _____		Teléfono _____	
¿Por qué conceptos? alimentacion educacion vivienda		¿Practica algún deporte? ☐ Sí ☒ No		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1200.000	
¿Cuál es su principal afición? trabaja		¿Cual(es)? _____		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ la acordada	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? ☒ Sí ☐ No Cual(es)? _____					

11983980

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Heidy Rodriguez	Profesión, ocupación u oficio Empleada	Empresa donde trabaja conecta
Cargo actual Digitadora	Dirección	Teléfono 3228848898
No. de personas que dependen económicamente de usted 3	Parentesco Hijos	Edades 2, 4, 7 Años
Nombre(s) padre(s) Luis E. Cifuentes	Profesión, ocupación u oficio conductor	Teléfono(s) 3144578031
Liliana Ramirez	conductor	3115596444
Nombre(s) hermano(s) ian stiven pulgarin	Profesión, ocupación u oficio estudiante	Teléfono(s)
James Cifuentes	conductor	3193127617

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐	2008	8	Diploma	ICD CLASS	
Educación Superior Técnico ☐ Tecnológico ☐ Profesional ☐					
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución		
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución		
¿Cursa estudios actualmente? Sí ☐ No ☒	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa		
Nombre de la institución	Horario	Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana A distancia ☐		
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas	Sí ☐ No ☒	1.	R B MB	3.	R B MB
¿Qué programas maneja?		2.	R B MB	4.	R B MB
Idiomas	Sí ☐ No ☒	1.	Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?		2.	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 PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa MERKAR DISTRIBUCIONES	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s) 3223324428	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted TRANSPORTADOR	Area del cargo	Fecha Ingreso 06 02 2016	Fecha Retiro 10 08 2020	Sueldo Inicial \$
Funciones realizadas				Sueldo Final \$
Recibo y entrega de domicilios y pedidos.				
Nombre de su jefe inmediato Sandra Mendoza	Cargo coordinadora de operacion	Logros obtenidos		
Tipo de contrato: Indefinido ☒ Fijo ☐	¿Cuánto tiempo? 4 años	Contrato directo con la empresa ☐	Otro ☐	¿Cuál?
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐	Por horas ☐	Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐	Otra jornada ☐	
Motivo del retiro Cambio de Administración				



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1030658123

NOMBRE

JOHAN ENRIQUE CIFUENTES RAMIREZ

FECHA DE NACIMIENTO

04-07-1995

SANGRE RH

B+

FECHA DE EXPEDICIÓN

27-09-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONducir con LENTES

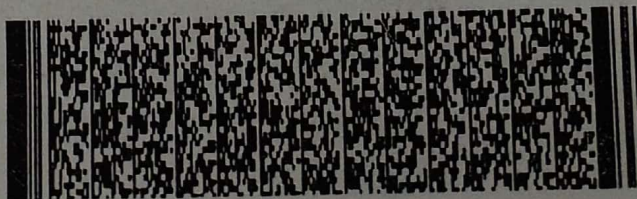


ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTÁ D.C.

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	27-09-2032	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	27-09-2025	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LC03004869352

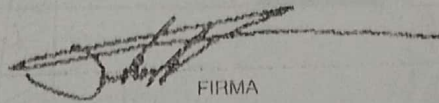
Servicios Integrales 60947.2.0-2 04/22

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.030.658.123

CIFUENTES RAMIREZ
APELLIDOS

JOHAN ENRIQUE
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1995

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73

ESTATURA

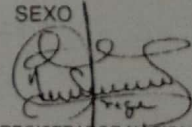
B+

G.S. RH

M

SEXO

27-SEP-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1500150-01155053-M-1030658123-20200831

0071602945A 1

9912907990

**CAPACITADO EN MANEJO HIGIENICO DE
ALIMENTOS**

Aseg. de la calidad (BPM - HACCP)
Programa de saneamiento básico
Laboratorio de análisis de alimentos
Curso en manipulación de alimentos
Registros y trámites

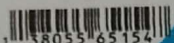
NOMBRES: **JOHAN ENRIQUE**

APELLIDOS: **CIFUENTES RAMAIREZ**

CC 1030658123 **ROSMERY CHIVIRIS.**

ING. DE ALIMENTOS
Autoriza Hospital de Chapinero

VENCE: **29/07/2023**



CCI&A

Asesoría - Ingeniería

ESTE CARNET ES PERSONAL E
INTRANSFERIBLE Y ACREDITA AL PORTADOR
COMO PERSONA APTA PARA EJERCER SU
ACTIVIDAD COMO MANIPULADOR(A) DE
ALIMENTOS.

Aseg. de la calidad (BPM - HACCP)
Programa de saneamiento básico
Laboratorio de análisis de alimentos
Curso en manipulación de alimentos
Registros y trámites

ROSMERY CHIVIRIS.

ING. DE ALIMENTOS
Autoriza Hospital de Chapinero