

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

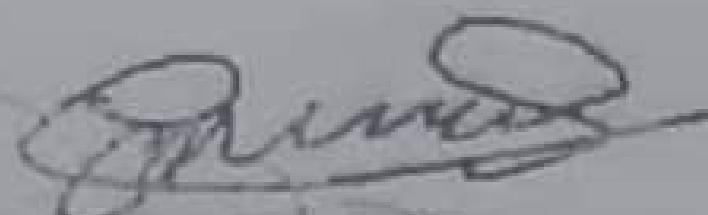
NUMERO 16.710.304

PARRA UPEGUI

APELLIDOS

CARLOS ALBERTO

HOMBRES


FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

18-DIC-1964

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

B+

G. S. RH

M

SEXO

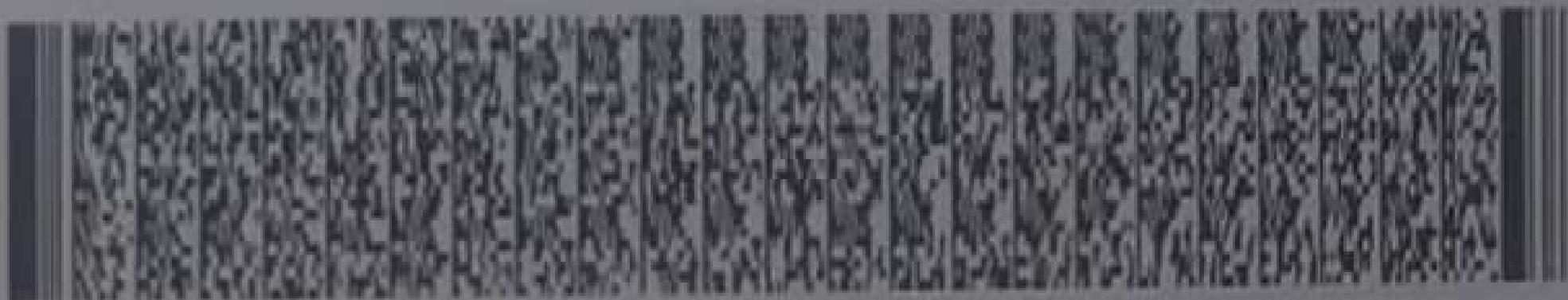
31-MAY-1983 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA NOCHA

INDICE DERECHO



A-3100100-01176010-M-0016710304-20201104

0072302489A3

9913553345



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad e Orden

No. 16710304

NOTA DE

CARLOS ALBERTO TARRA UPEGUI

FECHA DE NACIMIENTO

18-12-1966

ANIVERSARIO

B+

FECHA DE EXPEDICIÓN

26-04-2023

RESTRICCIÓN(S) DEL CONDUCTOR

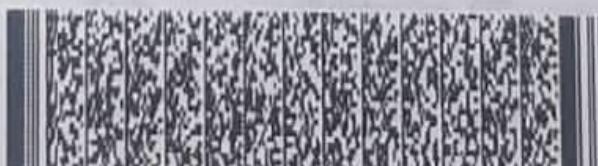


OFICIO NÚMERO: 16710304
ESTRATEGIA MCI AL TTO: 111

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	18-02-2038	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	24-04-2038	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	24-04-2026	PÚBLICO



ESTA LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03004957888

Servicios Integrales 60347.3 D-3 04/23





SOAT

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

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



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	CHANGAN	CARROZERÍA		
2	LÍNEA VEHÍCULO	MINIVAN			
No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE		No. VIN		CAPACIDAD TON.
JL473QN30F505953	LS4AAH2R2PG806503		LS4AAH2R2PG806503		0.49
APPELLIDOS 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 QUIRÚRGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13¹
TOTAL A PAGAR	\$ 730,300			B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	701,68²
				C. INCAPACIDAD PERMANENTE	8,77
				D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	HASTA 180
					750
 FIRMA AUTORIZADA					
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).					



**CON EL SOAT SURA
VAMOS MÁS ALLÁ**

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



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 los 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

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 recibo 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.



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 CARROZERÍA

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

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

97

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

VE FECHA IMPORT.

PUERTAS

882022000102739

| 22/10/2022

5

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PREnda - FINANCIACION AMIGA S.A.S.

FECHA MATRÍCULA

19/04/2023

FECHA EXP. LIC. TTO.

19/04/2023

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE PALMIRA



LT06004998613



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencia su Hoja de Vida en letra clara y legible

www.formasminerva.com

Fecha
25/04/2023

Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante

Perry U Peguì

Nombre(s) del aspirante

Carlos Alberto

Fecha de nacimiento

18/12/1964

Lugar de nacimiento

Cau

Dirección domicilio / Barrio

Kra 32 A # 35 E 05

Ciudad

Cau

Teléfono

317.419.6539

Nº. Celular

317.419.6539

Correo electrónico

Sandraalonso162@gmail.com

Nacionalidad

colombiano

Profesión, ocupación u oficio

Motorista- Mensajero

(*) Estado civil

Unión Libre

Años de experiencia laboral

20 años

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: No. 16.710.304

(**) Libreta militar No. 16.710.304

Primera clase: Extranjería: Expedida en: Cau

Distrito No.

Segunda clase:

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?

Licencia de conducción No.

Categoría

Sí No

16.710.304

C1

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Sí No

¿En qué empresa?

Empleado

Tipo de contrato

Independiente

¿Trabajó antes en esta empresa?

Sí No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?

Sí No

Fecha

¿Conoce a alguien de esta empresa?

Nombre

D

M

A

Sí No

Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?

Sí No

Nombre

Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?

Anuncio

Amigo

Redes Sociales

Por medio de agencia

Otro

¿Cuál?

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?

Sí No

Vive en casa

¿Familiar?

Nombre del arrendador

Teléfono

Propia? Alquilada?

Desiderio

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

6 años

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Sí No

Describa 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? ¿Cuál(es)?

Sí No

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?

Sí No ¿Cuál(es)?

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 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	ANOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		CIUDAD	
Primaria							
Bachillerato							
Académico	<input checked="" type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>					
Comercial	<input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>					
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?	¿Qué tipo de estudios?			Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa		
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.		R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB <input checked="" type="checkbox"/> 3.	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		
¿Qué programas maneja?		2.		R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB <input checked="" type="checkbox"/> 4.	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		
Idiomas	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.		Escucha R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	Lectura R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	Escritura R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	Habla R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB
¿Qué idioma(s) conoce?		2.		R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	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 Bio Almanza	Actividad Económica	Dirección calle 9 # 37 A 22		Teléfono(s) 3104298519	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Mensajero	Área del cargo	Fecha Ingreso 18/06/2018	Fecha Retiro M	Sueldo Inicial s Básico	Sueldo Final s musical
Funciones realizadas Repartir medicamentos naturales Dentro y fuera de la ciudad.					
Nombre de su jefe inmediato Liliiana	Cargo	Administradora			
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál? 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 checked="" type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/>	Nocturna <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro		Otra jornada <input type="checkbox"/>			

Nombre de la empresa DROGUERIAS ALONSO	Actividad Económica	Dirección calle 87 5 - 04			Teléfono(s) 8808000
Cargo(s) desempeñado(s) por usted mensajero	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Funciones realizadas Repasar mis paquetes		D M A	D M A	\$150000	\$150000
Nombre de su jefe inmediato miryka Alonso	Cargo			propietaria	
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input checked="" type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	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					

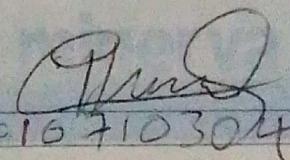
Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final	
Funciones realizadas	D M A	D M A	D M A	\$	\$	
Nombre de su jefe inmediato	Cargo					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	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 Particular	Dirección	Teléfono 3145732262
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Sandra Alonso C.	Ocupación dependiente	Dirección	Teléfono 3154863394
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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



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 mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante  C.C. 16710304
---	---	--

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **66.819.145**

ALONSO CALDERON

APELLIDOS

SANDRA

NOMBRES

Sandra Alonso

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

06-DIC-1970

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

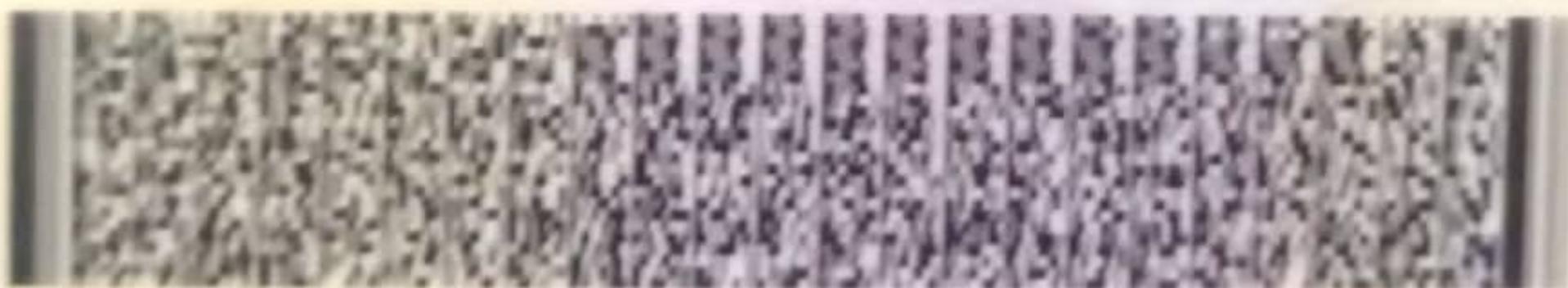
SEXO

31-MAR-1989 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DE FRECUENCIA

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO HACIA



A-3112186-01027938-F-0066819145-20180730

0062101818A 1

0905146658