

### Certificado de Origen

Se certifica que conforme a las disposiciones fijadas por el Ministerio del Poder Popular Para Relaciones Interiores, Justicia y Paz y el Instituto Nacional de Transporte Terrestre, el vehículo cuyas características y especificaciones se describe el presente Certificado, ha sido comercializado por nuestra(s) empresa(s).

Nota: El presente documento no acredita propiedad, solo autoriza a circular en el territorio nacional mientras se realiza el registro dentro del plazo de 30 días siguientes a la adquisición del vehículo.

Nombre de la Empresa: <b>SOLOSON IMPORT, C.A</b>		Factura 1 Nº / Fecha:	
Fecha Emisión: <b>06/05/2025</b>			
Placa: <b>AS4167M</b>	Marca: <b>HAOJUE</b>	Modelo: <b>HJ-150</b>	
Año de Fabricación: <b>2025</b>	Serial N.I.V.: <b>8YW2A4G15SM000208</b>		
Año Modelo: <b>2025</b>	Serial Chasis: <b>N/A</b>		
Serial Motor: <b>157FMJ*AGS002553*</b>	Serial Carrocería: <b>N/A</b>		
Clase: <b>MOTO</b>	Tipo: <b>PASEO</b>	Uso: <b>PARTICULAR</b>	
Servicio: <b>PRIVADO</b>	Color Pri.: <b>NEGRO</b>	Color Sec.:	
Nº de Puestos: <b>2</b>	Nº de Ejes: <b>2</b>	Peso (Tara): <b>120</b> Kg.	Cáp. de Carga: <b>140</b> Kg.
Puerto de Entrada:	Planilla Liq. Gráv. Nº / Fecha:		
Factura de Adquisición Nº / Fecha:	REFECIV: <b>DCMC60241112202201</b>		
Homologación Nº / Fecha:	Fecha Fin Convenio:		

---

Nombre de la Empresa: (Carrocero)		Fecha Emisión:	
Factura 2 Nº / Fecha:	Año Fabricación del Carrozado:		
Marca:	Modelo:	Año Modelo del Carrozado:	
Clase:	Tipo:	Uso:	
Servicio:	Color Pri.:	Color Sec.:	
Serial Carrozado:	Cáp. de Carga:	Kg.	
Nº de Puestos:	Peso (Tara):	Kg.	REFECIV:
Homologación Nº / Fecha:	Fecha Fin Convenio:		

### Distribuidor - Concesionario

Asignado al Concesionario:	R.I.F.:	Propiedad	Consignado
A) <b>DISTRIBUIDORA MOTOTAP, C.A</b>	<b>J-31486382-7</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº Cédula de Identidad o R.I.F. del Comprador:	Factura 3:	Fecha Factura 3:	
<b>V-19.497.490</b>	<b>03076</b>	<b>02-06-2025</b>	
Nombre o Razón Social del Comprador:			
<b>KLEIDERWYS EDUARDO VELASQUEZ VASQUEZ</b>			
Casa Nº, Edif. Apto Nº:	Avenida, Calle, Esquina:		
<b>EDIF. E-6, APTO. 07</b>	<b>AV. PPAL. LOS GIRASOLES</b>		
Urbanización o Barrio:	Ciudad:		
<b>URB. LOS GIRASOLES</b>	<b>MIRANDA</b>		
Distrito, Municipio o Parroquia:	Entidad Federal:	Código Postal:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Código de Área:	Telf. Habitación:	Código de Área:	Telf. Trabajo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de la Empresa de Seguros:	Nº Póliza:	Fecha Vencimiento:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Reserva de Dominio a Favor de:	Observaciones:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nº Cédula de Identidad o R.I.F. de la Reserva de Dominio:	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Nota: Los datos del propietario deberán ser llenados por el Concesionario en su totalidad. De no hacerlo el presente trámite no será procesado.

Yo, \_\_\_\_\_ actuando en mi carácter de Comprador / Propietario, del vehículo identificado en este CERTIFICADO, o en representación de \_\_\_\_\_ declaro liberar de toda responsabilidad sobre el mismo al CONCESIONARIO VENDEDOR quien a partir de la fecha de compra, me hace la transferencia legal.

**INTT**

FIRMA DEL COMPRADOR

REGISTRO ORIGINAL ANTE INTT (ARCHIVOS)

# Market City La Salle 86, C.A.

Av. Tienda Honda a Santa Barbara, Edif. Torino  
Piso PB, Local B, Urb. Altigracia, Caracas, Distrito  
Capital, Zona Postal 1010  
Telf.: (0212) 551.08.23 - 862.59.44

RIF: J-41274166-7

LUGAR Y FECHA EMISIÓN	DIA	MES	AÑO
CARACAS	02	06	2025

**FACTURA N° 003076**

NOMBRE O RAZON SOCIAL

KLEIDERWYS EDUARDO VELASQUEZ VASQUEZ Nro. Control: 303566

DOMICILIO FISCAL

URB. LOS GIRASOLES, EDIF. E-6,  
APTO. 07, AV. PPAL. LOS  
GIRASOLES, MIRANDA

Vendedor: V0 - ALFREDO  
GONZALEZ

Transporte: CLIENTE RETIRA

C.I./R.I.F. V-19.497.490

CONDICIONES DE PAGO

DE CONTADO

TELEF.: 0412-6161544

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	MONTO
1	11634 MOTO HAOJUE HJ150 8	98,027.58	98,027.58

MARCA: HAOJUE  
MODELO: HJ-150  
MOTOR: 157FMJ\*AGS002553\*  
CHASIS: 8YW2A4G15SM000208  
COLOR: NEGRO  
AÑO: 2025  
PLACA: AS4I67M  
KM:

MARKET CITY  
LA SALLE 86, C.A.  
J-412741667

4.000 KM Ó 4 MESES DE GARANTÍA PARA MOTOS.  
FAVOR PRESENTAR LA FACTURA PARA CUBRIR GARANTÍAS.  
LAS GARANTÍAS SERÁN ATENDIDAS DE LUNES A MIERCOLES.

FORMA DE PAGO

Efectivo

Cheque N° \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

IVA

1/6 BASE IMPONIBLE

SUB-TOTAL Bs.

98,027.58

15,684.41

MONTO TOTAL A PAGAR Bs

113,711.99

N° de Control 00-~~003076~~ **003076**

Impresor: <b>GRAFICAS artisan c.a.</b> Esquina de Florida, Edif. Sto. Domingo, Local 1 y 2 Sector Sarria, Caracas 1050 - Tlf: (0212) 571.94.24	RIF: J-00310396-9 N° Providencia Administrativa SENIAT 01/00898 del 12/06/2008	N° DE CONTROL Desde el N° 00-002701 Hasta el N° 00-003200	FACTURA N° Desde el N° 002701 Hasta el N° 003200	Fecha: 03-09-2024 REGIÓN CAPITAL
--	--	---	--	--

**ORIGINAL**

ESTA FACTURA VA SIN TACHADURAS NI ENMIENDAS

COLEGIO DE MÉDICOS ESTADO MIRANDA  
CERTIFICADO MÉDICO VIAL



República  
Bolivariana  
de Venezuela

N° 629177



CIUDADANO(A)

KLEIDERWYS VELASQUEZ

C.I. No.

V. 19.497.490

EDAD

36

EXPEDIDO

30/5/2025

VENCE

30/5/2030



20  
GRADO



VALIDO POR CINCO (5) AÑOS

NO PASTFCM



COLEGIO DE MÉDICOS ESTADO MIRANDA  
CONSTANCIA DE OBSERVACIÓN Y CHEQUEO VISUAL

QUIEN SUSCRIBE MÉDICO(A) EXAMINADOR(A) HAGO CONSTAR QUE AL

CIUDADANO(A)

KLEIDERWYS VELASQUEZ 19.497.490

LE FUE REALIZADA OBSERVACIÓN MOTORA Y CHEQUEO VISUAL, Y SE ENCUENTRA APTO (A) PARA CONDUCIR VEHICULOS A MOTOR HASTA EL GRADO INDICADO AL REVERSO

CONSTANCIA PARA EL L.M.T.

N° 629177

QUIEN SUSCRIBE MEDICINA EXAMINADOR(A) HAGO CONSTAR QUE EN EL MOMENTO DEL PRESENTE CERTIFICADO MEDICO VIAL SE FUE REALIZADO OBSERVACION MOTORA Y CHEQUEO VISUAL EN CONTRIBUYENDO APTO (A) PARA CONDUCCION VEHICULOS A MOTOR HASTA EL GRADO AVANZADO POR EL PRESENTE DOCUMENTO.

LUGAR: Judicial GRUPO: (+) Dra. Lurima Oliveros LENTES: NO

MEDICINA: Medico Cirujano - Medicina Vial

C.I.: M.P.P.S 79.597 - C.C.G. 4033  
No. Colegio C.R.D.M.C. 41057 - C.I.V. 10148.167 M.P.P.S.:

OBSERVACIONES:

FIRMA



DERECHO OPERATIVO GRATUITO DEL USUARIO DE OBSERVACION MOTORA Y CHEQUEO VISUAL

AÑO	FECHA - OBSERVACIONES	GRADO	FIRMA
2	Apto		
3			
4			
5			

DATOS MEDICO(A) EXAMINADOR(A)

NOMBRES: Dra. Lurima Oliveros

MEDICINA: Medico Cirujano - Medicina Vial

C.I.: M.P.P.S 79.597 - C.C.G. 4033  
No. Colegio C.R.D.M.C. 41057 - C.I.V. 10148.167 M.P.P.S.:

LUGAR: Judicial 20 30 5 2025

GRADO: 20  
 Valido por cinco (5) Años



FIRMA

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

**CEDULA DE IDENTIDAD**

**V 19.497.490**

**111**

**APELLIDOS VELASQUEZ VASQUEZ**



**Dr. Giuson Flores  
Director**

**NOMBRES KLEIDERWYS EDUARDO**

**FIRMA TITULAR**



**12/09/1988 SOLTERO**  
F. NACIMIENTO EDO. CIVIL

**29/05/2025 05/2035**  
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

**VENEZOLANO**





**Gobierno Bolivariano  
de Venezuela**

Ministerio del Poder Popular  
para el Transporte



## LICENCIA PARA CONDUCIR

**C.I.: V-19.497.490**

**Apellidos: VELASQUEZ VASQUEZ**

**Nombres: KLEIDERWYS EDUARDO**

**F. Nacimiento: 12/09/1988**

**Sexo: MASCULINO**

**Limitaciones:**

**F. Expedición: 19/01/2018**

**F. Vencimiento: 12/09/2028**

**Tipo: SEGUNDO 2**



**Nro. de Verificación**

**180202942990**

**Este documento debe ser impreso a color en papel Bond Blanco y Plastificado**