

TEAM *Marine*

TEAM MARINE C.A.
RIF.: J-30735817-3

REPRESENTANTE PARA VENEZUELA

FECHA DE EMISION	DIA	MES	AÑO
EN: <i>Ces.</i>	<i>09</i>	<i>07</i>	<i>2025</i>

DE LAS MARCAS MAS PRESTIGIOSAS DEL MUNDO

Av. Intercomunal La Boyera El Hatillo, Sector Los Pinos Edif. Team Marine PB.
 Piso PB. Local 4, Urb. La Boyera Caracas Miranda Zona Postal 1080
 Telefonos: (58+212) 963.96.39 (58+212) 963.75.49
 E-mail: teammarine@gmail.com

Nº DE CONTROL 00- 0359
FACTURA Nº 0359

NOMBRE Y APELLIDO O RAZÓN SOCIAL: *Eduardo Alfredo D'Alta Rodriguez*
 DOMICILIO FISCAL: *Urb. Fundación Villetas, Calle 1, Pasaje 1*
Casa N° 1, Turmero, Edo. Araya.
 TELS.: *0424-343 62 03* RIF o CI: *V.10.578.914* CONDICIONES DE PAGO: *Contado*

Cant.	DESCRIPCIÓN	P. Unitario	TOTAL Bs.
<i>1</i>	<i>Motocicleta</i>		<i>252.827,59</i>
	<i>Marca: LIFAN</i>		
	<i>Modelo: KPT-200</i>		
	<i>Placa: AROB74M</i>		
	<i>Serial Motor: 165ML251008144</i>		
	<i>Serial Chasis: LF3PDMADXSAA000033</i>		
	<i>Color Amarillo</i>		
	<i>Año 2025</i>		
	<i>PASADO</i>		
	TEAM <i>Marine</i>		

NOTA:

EFECTIVO CHEQUE

SUB-TOTAL *252.827,59*

VALOR TOTAL IVA *16* % *40.452,41*

MONTO A PAGAR *293.280,00*

Impreso por: Impresos Nuevo Mundo, C.A. Mamey a Monzón Local B Nº 103 PB. Pquia Sta Teresa - Caracas - Venezuela Telf: (0212) 481.04.67- CEL: 0414-232.24.73 Rif.: J-29627765-6 Autorizado Por Providencia Nº Seniat/01/01026 de Fecha 17-09-2008 - Factura del 0301 AL 0400 No. de Control desde el Nº 00-0301 Hasta el Nº 00-0400 - Fecha de Elaboración el 18-02-2025- Región: Capital

ESTA FACTURA NO TIENE TACHADURAS NI ENMEDADURAS ORIGINAL BLANCA DA DERECHO A CRÉDITO FISCAL - COPIA SIN DERECHO A CREDITO FISCAL

Quien suscribe, médico(a) examinador(a) del portador(a) del presente Certificado Médico, hace constar que el referido Ciudadano(a) se encuentra APTO(A) para conducir vehículos automotores hasta el grado de 2da. dte.

MÉDICO EXA: Dr.(a): Elis J. Soto G
 MATRÍCULA: 29287 Nº II SC. COL: 2448
 CIUDAD: Maracay G. SANG: O+
 CÓDIGO DEL CONSULTORIO: _____ RESULTADO: **APTO**

USA LENTES: No
 OBSERVACIONES: Dra. Elis J. Soto G.
MÉDICO CIRUJANO
5264824 CM: 2448
M.S.A.S: 29287
 FIRMA DEL MÉDICO



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEBULA DE IDENTIDAD

V 10.578.914 192
 APELLIDOS: **D'ALTA RODRIGUEZ** Gustavo Vizcaino
 NOMBRES: **EDUARDO ALFREDO** Director

[Signature]

F. NACIMIENTO: 04/11/1971 SOLTERO EDO CIVIL
 F. EXPEDICION: 08/09/2022 F. VENCIMIENTO: 09/2032

VENEZOLANO




Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para el Transporte

LICENCIA PARA CONDUCIR

C.I: V-10.578.914 Apellidos: D'ALTA RODRIGUEZ
 Nombres: EDUARDO ALFREDO
 F. Nacimiento: 04/11/1971
 Sexo: MASCULINO
 Limitaciones:
 F. Expedición: 25/09/2018
 F. Vencimiento: 04/11/2028
 Tipo: SEGUNDO 2

Nro. de Verificación: 18020366449

Este documento debe ser impreso a color en papel Bond Blanca y Plástico.




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: SOLOSON IMPORT, C.A.
Fecha Emisión: 05/05/2025 **Factura 1 Nº / Fecha:**
Placa: AROB74M **Marca:** LIFAN **Modelo:** KPT-200
Año de Fabricación: 2025 **Serial N.I.V.:** LF3PDMADXSAD000033
Año Modelo: 2025 **Serial Chasis:** N/A
Serial Motor: 165ML-2S1008144 **Serial Carrocería:** N/A
Clase: MOTO **Tipo:** MOTOCICLETA **Uso:** PARTICULAR
Servicio: PRIVADO **Color Pri.:** AMARILLO **Color Sec.:**
Nº de Puestos: 2 **Nº de Ejes:** 2 **Peso (Tara):** 153 Kg. **Cáp. de Carga:** 140 Kg.
Puerto de Entrada: **Planilla Liq. Gráv. Nº / Fecha:**
Factura de Adquisición Nº / Fecha: REFECIV: DCMC60241112202201
Homologación Nº / Fecha: **Fecha Fin Convenio:**

Nombre de la Empresa: (Carrocería) **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) **TEAM MARINE, C.A.** **1-30785817-3**
B)
Nº Cédula de Identidad: **Comprador:** **Factura:** **Fecha:**
10578914 **00000359** **09/07/2025**

Nombre y Apellido del Comprador: EDUARDO D'ALTA RODRIGUEZ
Casa: **APARTEADO de CASA Nº 1, TURMERO**
URB. FUNDACIÓN VILLEGAS, CALL 1
Urb.: **MUNICIPIO SANTIAGO MARIÑO** **Ciudad:**
Distrito: **ESTADO ARAGUA** **Entidad Federal:** **Código Postal:**
Código de: **0424** **Teléfono:** **3406203** **Código de Área:** **Tel. Trabajo:**

Nombre de la Empresa de Seguros: **Nº Póliza:** **Fecha Vencimiento:**
Reserva de Dominio a Favor de: **Observaciones:**
Nº Cédula de Identidad o R.I.F. de la Reserva de Dominio:

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
CONCESIONARIO

[Firma]
FIRMA DEL COMPRADOR