

OSCAR JAIR ARTEAGA CORREA



INFORMACIÓN PERSONAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.136.911.614

FECHA DE NACIMIENTO 21 de agosto 1998

LUGAR DE NACIMIENTO BOGOTÁ

DIRECCIÓN CALLE 17 C N° 118 B 32

BARRIO EL PORTAL FONTIBON

TELÉFONO CELULAR 311 837 7066

E-MAIL oscarjairarteagacorrea@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Me considero una persona proactiva, responsable, hábil, con capacidad de trabajar en equipo y con buen manejo del estrés.

NOMBRE EMPRESA: Lumarco Ingenieria S.A.S.

CARGO: Conductor

FUNCIONES: Conducción, cargue, descargue y entrega de pedidos

FECHA DE INICIO: 06 de septiembre del 2021

FECHA FINAL: 30 de Noviembre del 2022

REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE Yady Yurany Muñoz
CARGO Y/O PROFESIÓN Guarda de Seguridad
TELÉFONO - CELULAR 313403125
DIRECCIÓN Cra 2C # 20-04

REFERENCIA PERSONAL

NOMBRE Carlos Alfredo Ramírez
CARGO Y/O PROFESIÓN Auxiliar de Agencia
TELÉFONO - CELULAR 310 540 6567

NOMBRE Deivy Maldonado
CARGO Y/O PROFESIÓN Conductor
TELÉFONO - CELULAR 321 481 7936

OSCAR JAIR ARTEAGA CORREA

1.136.911.614







LUMARCO INGENIERIA S.A.S.
901.388.515-5

CERTIFICA QUE

El señor(a) **Oscar Jair Arteaga Correa** identificado(a) con cedula de ciudadanía **No 1.136.911.614** labora en nuestra empresa desde el 06 de septiembre del 2021, hasta el 30 de noviembre de 2022, desempeñándose en el cargo de **CONDUCTOR** con contrato **INDEFINIDO**, y con un salario mensual básico correspondiente a la suma **UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS (\$1.200.000)**.

Se expide la presente certificación el día 01 del mes de diciembre del 2022.

Atentamente,

Deiby Aldemar Muñoz C.
Director Administrativo y Comercial.

CERTIFICACION



Manipulación de Alimentos y Bebidas

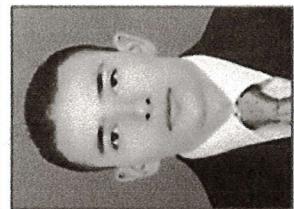
Resolución No. 2674-13

Intensidad 10 horas



Nombres:
OSCAR JAIR
Apellidos:
ARTEAGA CORREA
Identificación:
C.C. 1.136.911.614

0393



CERTIFICACION



Manipulación de Alimentos y Bebidas
Resolución No. 2674-13
Intensidad 10 horas

Nombres: OSCAR JAIR
Apellidos: ARTEAGA CORREA
Identificación: C.C. 1.136.911.614

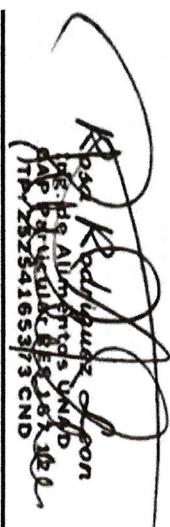
Resolución No. 167-177 Secretaría de Salud de Bogotá D.C.
Capacitadora particular en Manipulación de Alimentos

Ing. ROSA RODRIGUEZ

info.alimentos.co@gmail.com 312 3151646 Dg 52C Sur # 31-13 Bogotá D.C.

0393

Fecha de expedición: 2023-03-07
Fecha de vencimiento: 2024-03-06



Ing. ROSA RODRIGUEZ
Capacitadora particular en Manipulación de Alimentos
Resolución No. 167-177 Secretaría de Salud de Bogotá D.C.

info.alimentos.co@gmail.com 312 3151646 Dg 52C Sur # 31-13 Bogotá D.C.



CAPACITACION EN MANIPULACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS
Buenas Prácticas de Manufactura **BPM**

CERTIFICA QUE
OSCAR JAIR ARTEAGA CORREA.

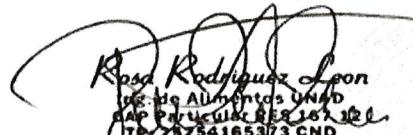
Identificado(a) con C.C. No. 1.136.911.614.

Realizó el Curso de Capacitación Virtual en: **"Manejo Higiénico de Alimentos"**
El cual le permite actuar y desempeñarse como

MANIPULADOR(A) DE ALIMENTOS

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C, el día 07 de marzo de 2023

Intensidad 10 horas


Rosa Rodriguez Leon
INGENIERA DE ALIMENTOS
CAPACITADORA PARTICULAR RESOLUCIÓN 167-177 SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ D.C.

 info.alimentos.co@gmail.com  3123151646, Diagonal 51 Sur No. 31-13 Bogotá D.C.

Medellín, 07 de marzo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de LOGISTICA BARBOJARA S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000005555 RIESGO 5				Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1136911614	ARTEAGA OSCAR JAIR	08/03/2023		14323830	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/03/2023 11:12:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.33.236, 192.230.104.4, 172.16.42.57

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

07 03 2023

Código de registro por la EPSI

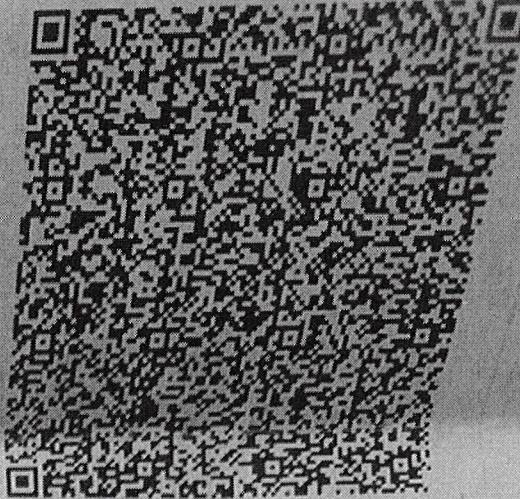
1. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen		4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		
1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	X	A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva • Beneficiario o afiliado adicional	C. Institucional	D. De oficio	A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Substitutivo <input type="checkbox"/>	C. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	
A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)										
6. Apellidos y nombres	ARTEAGA	7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	1136911614	9. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	21 08 1998
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)										
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales: ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA					16. Administradora de pensiones	
17. Ingreso base de cotización (IBC)	\$1.160.000		18. Residencia		Zona Urbana <input type="checkbox"/>		Rural <input type="checkbox"/>		19. Lugar de Trabajo	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)										
19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	24. Apellidos y nombres				
				Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
B1	B2		B3		B4		B5		B6	
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco				30. Etnia		
B1		Femenino <input type="checkbox"/>								
B2		Masculino <input type="checkbox"/>								
B3										
B4										
B5										
31. Discapacidad	32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPSI)							
Type F N M Cond T D	Municipio / Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento		Teléfono fijo y/o celular				
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										
Selección de la IPS Primaria										
34. Nombre de la institución prestante de servicios de salud - IPS										
Código de la IPS (a registrar por la EPSI)										
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO										
35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPSI)							
LOGÍSTICA BARBOJARA SAS	NT	901558544	BOGOTA							
CR 8 C 186 67	3506436415		DISTRITO CAPITAL							
B. REPORTE DE NOVEDADES										
40. Tipo de Novedad	41. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 42. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 43. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 44. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 45. Terminación de la inscripción en la EPSI <input type="checkbox"/> 46. Código de la EPSI <input type="checkbox"/> 47. Reinscripción en la EPSI <input type="checkbox"/> 48. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 49. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 50. Inicio de relación laboral o adquisición de cotizaciones para cotizar <input checked="" type="checkbox"/> 51. Terminación de la relación laboral o pérdida de las cotizaciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/> 52. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 53. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 54. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 55. Reporte de alta o baja <input type="checkbox"/> 56. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 57. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/>									
42. Fecha novedad 07 03 2023										
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD										
43. Datos básicos de identificación	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones								
Tipo de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento								
43. EPS anterior	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>								
	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones								
	Código									
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES										
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	47. Declaración de la irrazionalidad de abusos al Régimen Contributivo o de Excedido									
48. Declaración de existencia de rayones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acompañan la solicitud de servicios	49. Declaración de no intervención del trabajador, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora del Servicio de Salud									
50. Autorización para que la EPSI solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	51. Autorización para que la EPSI reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a lo largo de años de afectos vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran									
52. Autorización para que la EPSI maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1881 de 2012 y el Decreto 1337 de 2013	53. Autorización para que la EPSI envíe información en forma electrónica a través de correo electrónico o a través de mensajes de texto									
VIII. FIRMAS										
A. Declaración: soy el cotizante o cabeza de familia					B. Declaración: soy el beneficiario o afiliado adicional					
IX. ANEXOS										
56. Apéndice copia del documento de identidad	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente									
58. Copia del registro civil de matrimonio o acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital	59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y dissolución pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la terminación de la unión marital									
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia									
62. Copia del documento en su consta la petición de la patria potestad o el certificado de detención de los padres o la declaración suscrita por el testante sobre la ausencia de los dos padres	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud									
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	65. Copia del acta administrativa o provisoria de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la alta en de oficio									



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

Libertad y Orden

RUNT
REGISTRO UNICO NACIONAL DE TRÁNSITO



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 158657800

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA AVENIDA SEXTA LTDA.

NIT: 900135773 No. de Certificado de
Acreditación: 09-OIN-011-001

Fecha de expedición: 2022/03/15 Fecha de vencimiento: 2023/03/15

DATOS VEHÍCULO

PLACA: VDY757 CLASE: CAMIONETA

MARCA: HYUNDAI MODELO: 2006

SERVICIO: Público COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 2607 NRO. MOTOR: D4BB5214497

NRO. CHASIS: KMFZBN7BP6U151587 VIN:

LÍNEA: H100 TRUCK

COLOR: BLANCO CREMA

NOMBRE PROPIETARIO: ANDRES O. SANDOVAL L.

FIRMA DEL RESPONSABLE

EDITH RANGEL ARIZA



SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORRESPONDIENTES A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN	VENCIÓN
2022 03 14	DESDE AÑO MES DÍA
	DESDE LAS 00 HORAS DEL
	HASTA AÑO MES DÍA
	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
	2023 03 14



ASEGURADORA

SURA

890.903.407 – 9

NO. DE POLIZA:	PLACA NO.:	CLASE DE VEHÍCULO:	SERVICIO:	CLINICAS/EMERGENCIAS:	MÓDULO:
28448957	VDY757	CAMIONETA	PUBLICO INTERMUNICIPAL	2607	2006
PASAJEROS	MARCA:	HYUNDAI		CABINOTERIA	
3	LÍNEA VEHÍCULO:	H100TRUCK			
NO. RODOR:	NO. CHASIS & NO. SERIE:		NO. VIN:		CAPACIDAD TON.
D4BB5214497	KMFZBN7BP6U151587				1000.0
APELIDOS Y NOMBRES DEL FOMADOR:	TELEFONO DEL FOMADOR:		TIPO DE DOCUMENTO DEL FOMADOR:	NO. DE DOCUMENTO DEL FOMADOR:	CIUDAD RESIDENCIA FOMADOR:
ANDRES ORLANDO SANDOVAL	3225110019		CEDULA	1026562183	
CÓDIGO DE ASEGURADORA:	CÓDIGO SUCURSAL EXPEDIDORA:	CLAVE PROPIETARIO:	NO. FÓRMULARIO:		CIUDAD EXPEDICIÓN:
AT1318	248	4999			
TABLA:	PRIMA SOAT:	CONTRIBUCIÓN ADHES:	TASA RUE:	A. AMPAROS POR VÍCTIMA:	HASTA:
232	\$ 689,700	\$ 358,600	\$ 1,900	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800
TOTAL A PAGAR:	\$ 1,050,200			B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180
				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750
				D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	10

Ángel Gaviria G

FIRMA AUTORIZADA






**CON EL SOAT SURA
VAMOS MÁS ALLÁ**

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

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 recobro 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.

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 Call) resto del país 01 800051888. Para conocer las políticas de privacidad visite www.segurosura.com.co"



