

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

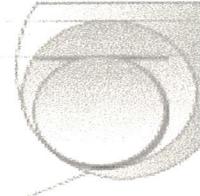
BARRIO EL PORTAL FONTIBON

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

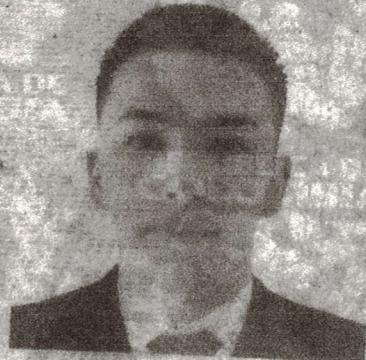
NÚMERO: 1.136.911.614
ARTEAGA CORREA

APELLIDOS
OSCAR JAIR

NOMBRES

Oscar Jair Arteaga C.

FIRMA



REPUBLICA DE
COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO

21-AGO-1998

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUgar DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

05-SEP-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00853148-M-1136911614-20161004 0051623844A 1 46418071

DIRECCION NACIONAL DEL ESTADO CIVIL





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

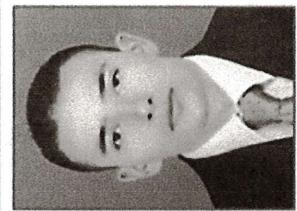
Resolución No. 2674-13

Intensidad 10 horas



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

0393



0393

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

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

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.

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.

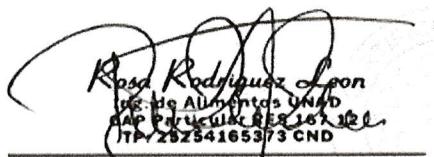
Realizó el Curso de Capacitación Virtual en: "Manejo Higiénico de Alimentos"

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.
TPY 28254165373 CND

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



NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009816544
9009816544No. de Radicación
25784325Fecha de Radicación
07 03 2023

Código (a registrar por la EPS)

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/> X	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> X • Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> X B. Subsidiado <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> X B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> X B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>
--	---	---	--	---

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombre 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"/> X	10. Fecha de nacimiento 21 08 1998
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)				
11. Etnia B1	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN 100	14. Grupo de población especial SURAMERICANA	15. Administradora de riesgos laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES
17. Ingreso bruto de hogar \$1.160.000	18. Residencia			16. Administrador de pensiones

Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>				
---	--	--	--	--

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanentemente colizante)

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> X	23. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> X	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	30. Etnia
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

31. Discapacidad	32. Datos de residencia	Municipio / Distrito	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
F N M T D						
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

34. Selección de la IPS Primaria	C	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
35. Nombre o razón social LOGÍSTICA BARBOJARA SAS	36. Tipo de documento de identificación NT	37. Número del documento de identificación 901558544
38. Ubicación CR 8 C 186 67	39. Número del documento de identidad 3506436415	40. Bogotá DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Comisión de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input checked="" type="checkbox"/> X 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Renuncia de Colaboración <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al casero <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/>
---------------------	---

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha novedad
Tipo de documento de identidad NT	07 03 2023
Número del documento de identidad 901558544	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de desprendimiento voluntario de los beneficiarios o afiliados adicionales	47. Declaración de no realización de acuerdo a: Régimen Contributivo, Especial o de Exención
48. Declaración de entrega de razones de fuerza mayor que impiden la entrega de los documentos que ameritan la comisión de procedimientos	49. Declaración de no intervención del casero, natalicio, familiar, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS reciba la información que se genera de la utilización de novedades en el banco de datos y sus características, el privado y/o público.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la utilización de novedades en el banco de datos y sus características, el privado y/o público.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de los beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	53. Autorización para que la EPS envíe información a través electrónica o apoyada como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante o cabeza de familia	55. Firma del beneficiario o afiliado adicional
---	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Comprobación de la identidad	Total: <input type="checkbox"/>
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente	
58. Copia del registro civil de matrimonio o de Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital	
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare 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 de auto administrativo de custodia	
62. Copia del documento en el que conste la pérdida o destrucción de los papeles o la declaración asentada por el testante sobre la ausencia de los mismos	
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 providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad del beneficiario o se ordene su afiliación de oficio	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad OBSERVACIONES CARGO: CONDUCTOR DE CAMIONETA			
71. Firma del funcionario			

Reservado solo con la firma del formulario, el usuario manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el Capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

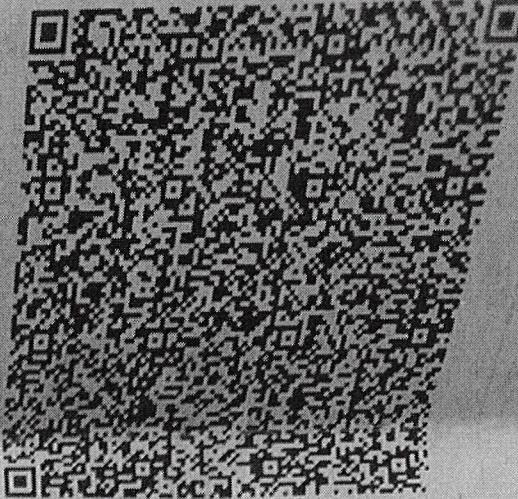
09/2016



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



 REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE 

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10007081202

PLACA VDY757	MARCA HYUNDAI	LÍNEA H100 TRUCK	MODELO 2006
CLÍNDRADA CC 2.607	COLOR BLANCO CREMA		SERVICIO PÚBLICO
CLASE DE VEHICULO CAMIONETA	TIPO CARRICERIA FURGON	COMBUSTIBLE DIESEL	CAPACIDAD Kg/P 1000
NUMERO DE MOTOR D4BB5214497	REG N	VIN *****	
NUMERO DE SERIE KMFZBN7BPGU151587	REG N	NUMERO DE CHASIS KMFZBN7BPGU151587	N
PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES SANDOVAL LLORENTE ANDRES ORLANDO		IDENTIFICACIÓN C. 1026062163	

SOAT

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

FECHA DE EXPEDICIÓN	VENCIÓN							
AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	HORA	AÑO	MES	HORA
2022	03	14	2022	03	15	2023	03	14
LAS 00 HORAS DEL	LAS 23:59 HORAS DEL							



ASEGURADORA

SURA 

890.903.407 – 9

NO. DE POLIZA:	PLACA NO.:	CLASE DE VEHÍCULO:	SERVICIO:	GRUPO/RAJAMATOS:	MODELO:
28448957	VDY757	CAMIONETA	PUBLICO INTERMUNICIPAL	2607	2006
PASAJEROS:	MARCA:	HYUNDAI			
3	LÍNEA VEHÍCULO:	H100TRUCK			
NO. RODOR:	NO. CHASIS & NO. SERIE:	TELEFONO DEL TOMADOR:		NO. VIN:	CAPACIDAD TON.
D4BB5214497	KMFZBN7BP6U151587	3225110019		CEDULA	1000.0
APELIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR:	TELÉFONO DEL TOMADOR:		TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR:	NO. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR:	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR:
ANDRES ORLANDO SANDOVAL	3225110019		CEDULA	1026562183	
CÓDIGO DE ASEGURADORA:	CÓDIGO SUCURSAL EXPEDIDORA:	CLAVE PROPIETARIO:	NO. FIRMULARIO:	CIUDAD EXPEDICIÓN:	
AT1318	248	4999			
TARIFA:	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN ADHS	TASA RUNT	AMPAROS POR VICTIMA	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 VICTIMAS	10



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

