

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRIGICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	26-10-2033	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	26-10-2033	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	26-10-2028	PÚBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LC06002860447

VALID 133415 06/21



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1060988493

Libertad y Orden

NOMBRE

CRISTIAN STID CORDOBA ZUÑIGA

FECHA DE NACIMIENTO

17-09-1990

SANGRE RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

26-10-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTYTTE MCPAL POPAYAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.060.988.493**
CORDOBA ZUNIGA

APELLIDOS
CRISTIAN STID

NOMBRES

Cristian Stid
Firma




FECHA DE NACIMIENTO **17-SEP-1990**
LA VEGA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-SEP-2008 LA VEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADO NACIONAL
AL SEÑOR CARLOS CALDERON Y VEGA



A-1100100-00858023-11-1060988493-20161021 0051802035A 1 7754139627

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/03/2024

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	901246498	Cédula Usuario:	CC 36996901
Nombre:	SILOGISTICA SAS				
Dirección:	LT 3H PQ INDUSTRIAL BG 2				
Departamento:	CAUCA	Municipio:	POPAYAN		
Correo electrónico:	SILOGISTICASISO@GMAIL.COM				
Teléfono:	3165269603	Tarifa:	4.350		
Actividad Económica:	4492301 TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA, INCLUYE TODAS LAS OPERACIONES DE TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA. SE INCLUYE EL TRANSPORTE DE UNA GRAN VARIEDAD DE MERCANCIAS TALES COMO: TRONCOS, GANADO, PRODUCTOS REFRIGERADOS, CARGA PESADA, CARGA A GRANEL, INCLUSO EL TRANSPORTE EN CAMIONES CISTERNA DE LIQUIDOS (EJEMPLO: LA LECHE QUE SE RECOGE EN LAS GRANJAS, AGUA, ETCETERA). AUTOMOVILES, LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE DE DESPERDICIOS Y MATERIALES DE DESECHO, SIN INCLUIR EL PROCESO DE ACOPIO NI ELIMINACION. INCLUYE EL ALQUILER DE VEHICULOS DE CARGA (CAMIONES) CON CONDUCTOR.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 36996901	CHAMORRO CHAMORRO MARLENI DEL

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 90	02/03/2024	CC 1060988493	CORDOBA ZUÑIGA CRISTIAN	4	4.35000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

FEF6756B13B4E6159756392B6774900E

Certificado impreso el día 3/1/2024 3:53:54 PM por el portal de empresas Edesk

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

Popayán, 06-03-2024

Señores
EPS Sanitas
Ciudad Popayán

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

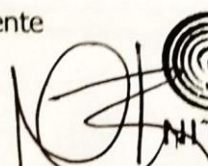
Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador Marleni del Carmen Chamorro identificado con CC: 36.996.901 en mi calidad de Representante legal, de la empresa SILOGISTICA S.A.S identificada con NIT:901246498 para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CC	1060988493	CRISTIAN STID CORDOBA ZUÑIGA	1.300.000	02/03/2024		LOMAS DE GRANADA	Popayán- Cauca	3165692230	NO TIENE

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente

 **Silogística**
So aliado en Transporte de campo
NIT. 901.246.498 - 9

NAZLY DAYAN CHAMORRO CHAMORRO
Jefe de Talento Humano Y SST

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

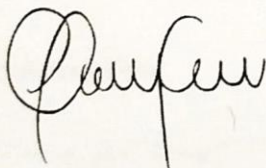
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN STID CORDOBA ZUÑIGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.060.988.493**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Marzo del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

NIT. 891.500.182-0

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

No. 506060

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Índice de Aporte	PENSIONADO
Regular ☐	Regular ☐	0,6% 2%	Índice de Aporte 0% 0,6% 2%
Servicio Doméstico ☐	Taxista ☐		Fidelidad 25 años ☐
Madre Comunitaria ☐	Facultativos ☐		Menos de 1,5 SMMLV ☐
Veteranos ☐	Colombiano en el Exterior ☐		Más de 1,5 SMMLV ☐

PARTE A INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT) NIT ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ PAS ☐
No. 901246498-9

PARTE B INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO CORDOBA SEGUNDO APELLIDO ZUNIGA PRIMER NOMBRE CRISTIAN SEGUNDO NOMBRE STID
FECHA DE NACIMIENTO 1990 09 17 GÉNERO F ☐ M ☒
C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ PAS ☐ CO ☐ PE ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ ESTADO CIVIL ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☒ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO ☐
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA CR 50 2 08 BRR LOMAS DE GRANADA TELÉFONO CELULAR 3165692730
MUNICIPIO POPAYAN DEPARTAMENTO CAUCA PAÍS COLOMBIA E-MAIL cristianstid400@gmail.com

FACTOR DE VULNERABILIDAD	NIVEL EDUCATIVO	Pertenencia Étnica
☒ No disponible ☐ Cabeza de familia ☐ Desplazado ☐ Población migrante ☐ Ejercicio del trabajo sexual ☐ En condición de discapacidad	☐ Desempleado o reinsertado ☐ Hijos (as) de desempleado o reinsertados ☐ Dañado por desastre natural ☐ Hijo (as) de madres cabeza de familia ☐ Población zonas frontera (nacionales) ☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado)	☐ Preescolar ☐ Básica ☒ Secundaria ☐ Media ☐ Técnico / Tecnológico ☐ Profesional universitario ☐ Postgrado / maestría ☐ Ninguno
ORIENTACIÓN SEXUAL ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información no disponible	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA 2024 03 02	PERTENENCIA ÉTNICA ☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena ☐ Racial del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ Palenquero ☐ Rorovigiano ☒ No disponible
MUNICIPIO DONDE LABORA POPAYAN SECTOR ☒ URBANO ☐ RURAL	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN SUPERNUMERARIO	VALOR 1300000
HORAS LABORADAS AL MES 235	SALARIO MENSUAL ☒ Básico ☐ Mensada Previsional ☐ Comisión ☐ NO	

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI ☒ NO
El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no presente (vencido), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.
NOMBRE DEL BANCO ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente No. Cuenta

PARTE C INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO QUINAYAS SEGUNDO APELLIDO CALUCE PRIMER NOMBRE LEIDY SEGUNDO NOMBRE ROCKO
FECHA DE NACIMIENTO 1997 12 23 GÉNERO F ☐ M ☒
C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ PAS ☐ CO ☐ PE ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ CONVIVEN ☒ SI ☐ NO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA No. IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR No.

PARTE D DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO GÉNERO
C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ PAS ☐ CO ☐ PE ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR

PARTE E INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	C.C.	T.I.	C.E.	PAS	CO	PE	PPT	VISA	OTRO	IDENTIFICACIÓN	USO
CORDOBA	HUILA	KAROL	MARIANA	2017 12 03	x										RC 1061821955	NIA
CORDOBA	QUINAYAS	CELESTE	ISABEL	2013 08 13	x										TI 1060990711	NIA

DECLARACIÓN:
Declaro que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUC, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de descalificación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.
Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUC, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depositar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, gestión de las gestiones de cobro, reportar a entidades de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUC, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que me asiste como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. Declaro que me comprometo a mantener la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. De igual manera, autorizo a COMFACAUC a que sus datos sean utilizados para el pago de los subsidios de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación 1060990711
Silogística
Su aliada. Responde de campo
NIT. 901.246.498 - 9

OBSERVACIONES

RECIBE	DIGITA	REVISY DIGITALIZA
FECHA 2024-03-05	FECHA	FECHA
NOMBRE COMFACAUC EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE



POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

NIT 860.011.153-6

Otorgan la

Constancia de asistencia a:

CRISTIAN STID CORDOBA ZUÑIGA
CC. 1060988493

Quién participó en la acción educativa

“MANEJO DEFENSIVO”

Realizada el 18 Noviembre en el municipio del Popayán Cauca

Se expide la presente constancia a los 27 días del mes de Noviembre de 2024



SANDRA PATRICIA MORALES MANRRIQUE
Administradora de Riesgos Positiva Compañía de Seguros
Sucursal Cauca

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-03-07

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

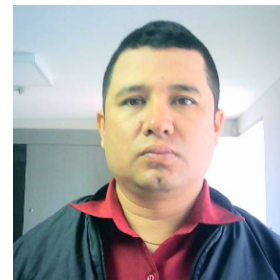
Ingreso

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

SUPERNUMERARIO



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente	Documento de Identificación	Estado Civil
CRISTIAN STID CORDOBA ZUÑIGA	CC1060988493	UNION LIBRE
Sexo	Ocupación	Edad
MASCULINO	SUPERNUMERARIO	33 años 5 meses 19 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN
Dirección	Correo Electrónico	Teléfono
POPAYAN	CRISTIANSTID400@GMAIL.COM	3165692230

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

El servicio médico ocupacional de IMPACTO IPS con el/la Dr. LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON Médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen físico y revisión de exámenes complementarios correspondientes al mismo concepto:

Con defecto físico o enfermedad que no disminuye su capacidad laboral para la labor asignada. Sin restricciones para desempeñar el cargo

El concepto se emitió con base en los siguientes exámenes practicados:

Examen médico ocupacional de Ingreso con énfasis en Trabajo en alturas y Énfasis Osteomuscular

Audiometría

Visiometría

Perfil Lipídico

Glicemia

Psicosensométrico

RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES

Hábitos y Estilos de Vida Saludables:

Habitos saludables.

Control de peso.

Hacer deporte. CONTINUAR

Dieta balanceada.

Recomendaciones médicas:

Remisión a EPS. MEDICO GENERAL

Gafas de seguridad formuladas.

Usar corrección visual.

Examen visual de control en un año.

Recomendaciones ocupacionales:

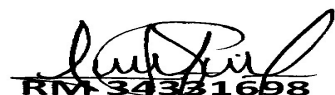
Uso de EPP.

Pausas activas e higiene postural. CADA 2 HORAS

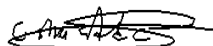
Observaciones y Recomendaciones Adicionales

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y OSTEOMUSCULAR. (AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, GLICEMIA), SE ANEXA RESULTADO PARA CLINICOS A LA HISTORIA CLÍNICA. CON RECOMENDACIONES POR LATREACION EN PERFIL LIPIDICO. CON ENFERMEDAD COMUN (VISUAL) QUE NO INTERFIERE LA CAPACIDAD LABORAL ACTUAL. SE RECOMIENDA USO DE GAFAS DE FORMA ADECUADA. CONCEPTO MÉDICO LABORAL: PACIENTE APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR. EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES, EXAMEN NEUROLOGICO NORMAL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, PRUEBAS PARA COORDINACION, EQUILIBRIO Y REFLEJOS NORMALES RECOMENDACIONES MEDICAS: CONTINUAR CON ACTIVIDAD FISICA, CAMBIOS EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA EN EPS. SE RECOMIENDA CONTROL PRIORITARIO CON MEDICO GENERAL POR LATERACION EN PERFIL LIPIDICO. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ESTRUCTURADAS CADA 2 HORAS Y USO DE EPP EN EL AMBITO DE LA PANDEMIA, VALORACIÓN ANUAL POR MEDICINA LABORAL. SIN DIAGNOSTICOS DE PATOLOGIAS DE ORIGEN LABORAL.

La presente certificación se expide con previo consentimiento del paciente abajo firmante y con base en la historia clínica ocupacional, la cual es de carácter confidencial


RM 34331698
LC 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
Registro Médico: 2751



CRISTIAN STID CORDOBA ZUÑIGA
CC1060988493

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-03-07

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

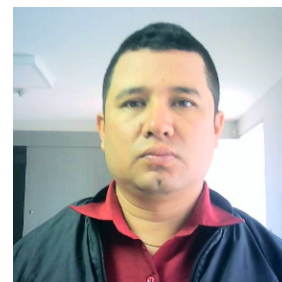
Ingreso

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

SUPERNUMERARIO


DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR
Nombre del Paciente

CRISTIAN STID CORDOBA ZUÑIGA

Documento de Identificación

CC1060988493

Estado Civil

UNION LIBRE

Sexo

MASCULINO

Ocupación

SUPERNUMERARIO

Edad

33 años 5 meses 19 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO
País

COLOMBIA

Departamento

CAUCA

Ciudad

POPAYÁN

Dirección

POPAYAN

Correo Electrónico

CRISTIANSTID400@GMAIL.COM

Teléfono

3165692230

ANTECEDENTES PERSONALES

HTA	No	Deficiencia Auditiva	No
Hipoglicemia	No	Defectos de visión	No
Dislipidemia	No	Fobia a las alturas	No
Síndrome Convulsivo	No	Antecedentes Psiquiátricos	No
Síndrome Vertiginoso	No		

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Osteo	Normal	Exámenes complementarios	Anormal
Prueba Vestibular	Normal	Exámenes Paraclínicos	Normal

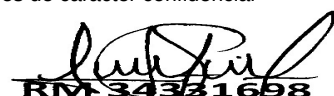
Otros Exámenes:

REQUIERE MANEJO CON MEDICO GENERAL PARA MANEJO DE ALTERACION EN PERFIL LIPIDICO

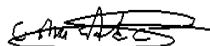
CONCEPTO DE APTITUD PSICOFISICA
Apto para trabajo en alturas
Recomendaciones y Observaciones Generales

CONTROL EN 3 MESES CON PERFIL LIPIDICO

La presente certificación se expide con previo consentimiento del paciente abajo firmante y con base en la historia clínica ocupacional, la cual es de carácter confidencial


RM 34331698
LC 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
Registro Médico: 2751



CRISTIAN STID CORDOBA ZUÑIGA
CC1060988493

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-03-07

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

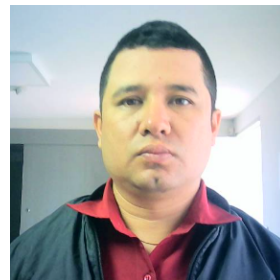
Ingreso

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

SUPERNUMERARIO



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente CRISTIAN STID CORDOBA ZUÑIGA	Documento de Identificación CC1060988493	Estado Civil UNION LIBRE
Sexo MASCULINO	Ocupación SUPERNUMERARIO	Edad 33 años 5 meses 19 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País COLOMBIA	Departamento CAUCA	Ciudad POPAYÁN
Dirección POPAYAN	Correo Electrónico CRISTIANSTID400@GMAIL.COM	Teléfono 3165692230

ANTECEDENTES DE EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

SINTOMAS Y PARTE CORPORAL AFECTADOS

No existen síntomas

EXAMEN FISICO

Fuerza	Normal
Sensibilidad	Normal
Motilidad	Normal
Marcha	Normal
Columna Vertebral	Normal
Reflejos OT	Normal

MANIOBRAS ESPECIALES

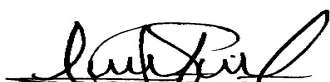
Tinel Manos	Negativo
Phanel Manos	Negativo
Filkestein	Negativo
Maniobras para Hombros	Negativo
Signo del Cajón de Rodillas	Negativo
Signo del Bostezo de Rodillas	Negativo
Signo Lasegue	Negativo

RESULTADO EXAMEN OSTEOMUSCULAR: Normal

Observaciones

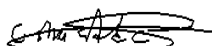
SIN ALTERACIONES AL MOMENTO DEL EXAMEN

La presente certificación se expide con previo consentimiento del paciente abajo firmante y con base en la historia clínica ocupacional, la cual es de caracter confidencial



RM 34331698
LC 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
Registro Médico: 2751



CRISTIAN STID CORDOBA ZUÑIGA
CC1060988493