



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1061694700

NOMBRE

GUSTAVO ADOLFO ALMARIO BRAVO

FECHA DE NACIMIENTO

03-02-1987

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

27-05-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOyTTE MCPAL POPAYAN

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL MOTOCARRO. CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	27-05-2033	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA MICROBUS, CAMIÓN BUSETA Y BUS.	27-05-2026	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002779822

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.061.694.700

APELLIDOS
ALMARIO BRAVO
NOMBRES
GUSTAVO ADOLFO

Gustavo



FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-1987
POPAYAN (CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.82 O+ M
ESTATURA (S, M) SEXO

11-FEB-2005 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Gustavo
REGISTRO NACIONAL
IDENTIFICACION PERSONAL

VOCE REPECIO



19-1102100-20110107-12-1011021100-20050710 0413705479A 02 17205000



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **GUSTAVO ADOLFO ALMARIO BRAVO** con **CC No. 1061694700**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 901246498 - SILOGISTICA SAS	Fecha de última cobertura: 26/09/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 4 Cargo : CONDUCTOR OPERATIVO Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301019483215.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Popayán, 26 de septiembre del 2023

Señores

EPS Sanitas

Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

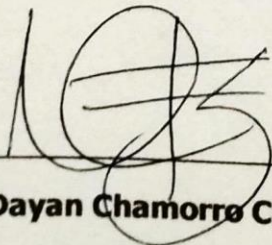
Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador Marleni del Carmen Chamorro Chamorro identificado con CC 36996901 en mi calidad de representante legal, de la empresa SILOGISTICA S.A.S con NIT 901246498-9, 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	C.C	1061694700	GUSTAVO ADOLFO ALMARIO BRAVO	1.160.000	26/09/2023	16/09/2023	CLL 17 -57N 804 MONTESOL	POPAYAN	3188068487	GUSAL0311@GMAIL.COM
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

** 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



Nazly Dayan Chamorro Chamorro

Jefe de Talento Humano

Bogota 27.09.2023

Señores,

SILOGISTICA SAS - NI 901246498

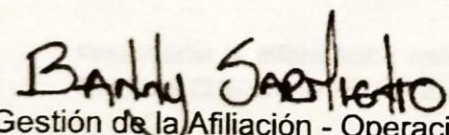
Ciudad

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos relacionar los usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2023-09-27 con numero de radicado4362440 :

RADICADO	TIPO	NUMERO	PROCESAMIENTO BH
----------	------	--------	------------------

Cordialmente,


Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

**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:

GUSTAVO ADOLFO ALMARIO BRAVO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.694.700**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Septiembre del 2023.

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.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

No. 426106

DEPENDIENTE

INDEPENDIENTE

Índice de Aporte
0,6% 2%

PENSIONADO

Índice de Aporte
0% 0,6% 2%

Regular
Servicio Domestico
Madre Comunitaria
Veteranos

Regular
Taxista
Facultativos
Colombiano en el Exterior

Fidelidad 25 años
Menos de 1,5 SMMLV
Más de 1,5 SMMLV

Diligencie este formulario
en letra imprenta y tinta color negro

PARTE A

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)

NIT ☒ C.C. ☐ T.L. ☐ C.E. ☐ PAS ☐

No. 901246498-9

SIGLOSTICA SAS

PARTE B

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO
ALMARIO

SEGUNDO APELLIDO
BRAVO

PRIMER NOMBRE
GUSTAVO

SEGUNDO NOMBRE
ADOLFO

FECHA DE NACIMIENTO
1987 02 03

GÉNERO
F ☐
M ☒

C.C. ☒ TI ☐ C.E. ☐ PAS ☐ CD ☐ PER ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐
CUAL: No. 1061694700

ESTADO CIVIL:

☐ SOLTERO ☐ CASADO ☒ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA
CL 17 57N 804 CONJ MONTESOL

SECTOR
☒ URBANO
☐ RURAL

TELÉFONO CELULAR
3188068487

TELÉFONO FIJO

MUNICIPIO
POPAYAN

DEPARTAMENTO
CAUCA

PAIS
COLOMBIA

E-MAIL
gusa0311@gmail.com

FACTOR DE VULNERABILIDAD

☒ No disponible
☐ Cabeza de familia
☐ Desplazado
☐ Población migrante
☐ Ejercicio del trabajo sexual
☐ En condición de discapacidad
☐ Desnucivizado o reinsertado
☐ Hijos (as) de desnucivizados o reinsertados
☐ Damnificado de desastre natural
☐ Hijo (as) de madres cabeza de familia
☐ Población zonas frontera (nacionales)
☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

☐ Preescolar
☐ Básica
☒ Secundaria
☐ Media
☐ Técnico / tecnológico
☐ Profesional universitario
☐ Posgrado / maestría
☐ Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

☐ Afrocolombiano
☐ Comunidad negra
☐ Indígena
☐ Raizal del archipiélago de San Andrés
Providencia y Santa Catalina
☐ Palenquero
☐ Rom/igilano
☒ No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL

☐ Heterosexual
☐ Homosexual
☒ Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA

SECTOR

FECHA DE INGRESO
A SU EMPRESA

OCCUPACIÓN / PROFESIÓN

HORAS
LABORADAS
AL MES

SALARIO MENSUAL

☒ Básico ☐ Mesada Pensional Comisiones ☐ SI ☒ NO

POPAYAN

☒ URBANO
☐ RURAL

AÑO MES DÍA
2023 09 26

CONDUCTOR OPERATIVO

235

VALOR 1160000
Suma todos los conceptos salariales

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 prescriba (venza), 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

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

OCCUPACIÓN/PROFESIÓN

GÉNERO

HURTADO

NARVAEZ

KHATHERINE

LORENA

AÑO MES DÍA
1991 09 11

F ☐
M ☒
I ☐

C.C. ☒ TI ☐ C.E. ☐ PAS ☐ CD ☐ PER ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ CONVIVEN
CUAL: No. 1061742593 ☒ SI ☐ NO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

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

OCCUPACIÓN/PROFESIÓN

GÉNERO

AÑO MES DÍA

F ☐
M ☐
I ☐

C.C. ☐ TI ☐ C.E. ☐ PAS ☐ CD ☐ PER ☐ PPT ☐ VISA ☐ OTRO ☐ NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA

IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR

No.

PARTE E

INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO	C.T. T. PARENTESCO					IDENTIFICACIÓN C.C., T.C.E., PAS (REGISTRO CIVIL (NÚM))	USO REGISTRO C.C., P.C.
				AÑO	MES	DÍA		O	H	P	H	J		
							F	M	I	C	O	R	Tipo	Número
ALMARIO	ARCOS	BRYAN	DANIEL	2006	03	03	x			x			TI	1059237045
ALMARIO	HURTADO	DYLAN	RICARDO	2016	02	26	x			x			RC	1058938133
ALMARIO	HURTADO	SAMANTHA		2020	08	07	x			x			RC	1059251056
BRAVO		BERNARDA		1951	02	12	x				x		CC	25741572

DISC. DISCAPACITADO

HUJO: HIJO/PDRE: PADRE

HINO: HERMANO

HJTR: HIJASTRO

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 ocurrir 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 desafiliación 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, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales 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 he sido informado de los derechos que me asisten 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. La Caja garantiza la confidencialidad, integridad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. De igual manera, autorizo a COMFACAUC, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tengo acceso, a descontarlas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

Firma del Trabajador (A) No. de identificación
Gustavo Almario

Firma y Sello de la Empresa

OBSERVACIONES

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUC

comfacauc
al servicio del trabajador y su familia

RECIBE	DIGITA	REVISIÓN Y DIGITALIZA
FECHA 2023-09-26	FECHA	FECHA

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-14

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR DE VEHÍCULO DE CARGA PESADA MIXER



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente

GUSTAVO ADOLFO ALMARIO BRAVO

Documento de Identificación

CC1061694700

Estado Civil

UNION LIBRE

Sexo

MASCULINO

Ocupación

CONDUCTOR DE VEHÍCULO DE CARGA
PESADA MIXER

Edad

37 años 9 meses 11 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País

COLOMBIA

Departamento

CAUCA

Ciudad

POPAYÁN

Dirección

CRA 17 #57N-804

Correo Electrónico

gusal0311@gmail.com

Teléfono

3188068487

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:

Sin defecto físico ni enfermedad que interfiera 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 Periódico 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.

Recomendaciones ocupacionales:

Uso de EPP.

Pausas activas e higiene postural. CADA 2 HORAS

Observaciones y Recomendaciones Adicionales

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE ALTURAS, SIN RESTRICCIONES. SIN DIAGNOSTICOS DE PATOLOGIAS DE ORIGEN LABORAL. RECOMENDACIONES MÉDICAS: REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ERICTAS CADA 2 HORAS Y USO DE EPP, VALORACIÓN ANUAL POR MEDICINA 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 caracter confidencial


MEDICO ESPECIALISTA EN SST
RM 34331598
LC. 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
Registro Médico: 2751



GUSTAVO ADOLFO ALMARIO BRAVO
CC1061694700

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-14

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR DE VEHÍCULO DE CARGA PESADA MIXER



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente

GUSTAVO ADOLFO ALMARIO BRAVO

Documento de Identificación

CC1061694700

Estado Civil

UNION LIBRE

Sexo

MASCULINO

Ocupación

CONDUCTOR DE VEHÍCULO DE CARGA
PESADA MIXER

Edad

37 años 9 meses 11 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País

COLOMBIA

Departamento

CAUCA

Ciudad

POPAYÁN

Dirección

CRA 17 #57N-804

Correo Electrónico

gusal0311@gmail.com

Teléfono

3188068487

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	Normal
Prueba Vestibular	Normal	Exámenes Paraclínicos	Normal

CONCEPTO DE APTITUD PSICOFISICA

Apto para trabajo en alturas

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



MEDICO ESPECIALISTA EN SST
RM 34331698
LC. 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
Registro Médico: 2751



GUSTAVO ADOLFO ALMARIO BRAVO
CC1061694700

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-14

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR DE VEHÍCULO DE CARGA PESADA MIXER



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente

GUSTAVO ADOLFO ALMARIO BRAVO

Documento de Identificación

CC1061694700

Estado Civil

UNION LIBRE

Sexo

MASCULINO

Ocupación

CONDUCTOR DE VEHÍCULO DE CARGA
PESADA MIXER

Edad

37 años 9 meses 11 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País

COLOMBIA

Departamento

CAUCA

Ciudad

POPAYÁN

Dirección

CRA 17 #57N-804

Correo Electrónico

gusal0311@gmail.com

Teléfono

3188068487

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

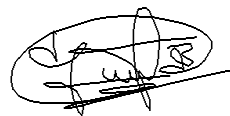
RESULTADO EXAMEN OSTEOMUSCULAR: Normal

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



MEDICO ESPECIALISTA EN SST
RM 34331698
LC. 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
Registro Médico: 2751



GUSTAVO ADOLFO ALMARIO BRAVO
CC1061694700