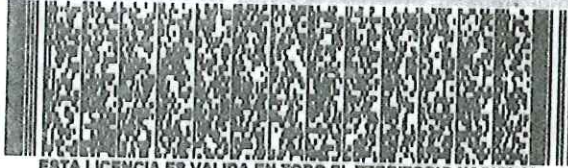


CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	00-03-2027	PARTICULAR
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS.	20-05-2034	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS.	20-05-2027	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002943615

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 76325095

Apellido y Nombre

NOMBRE

NILSON EDWIN GAVIRIA

FECHA DE NACIMIENTO

18-12-1976

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

20-05-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSPORTE EXPEDIDOR

SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y TRÁFICO MUNICIPAL DE POPAYÁN



República de Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **76.325.095**

GAVIRIA

APELLIDOS
NILSON EDWIN

NOMBRES
Edwin Gaviria

REPUBLICA DE COLOMBIA




FECHA DE NACIMIENTO **18-DIC-1976**

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

16-ENE-1995 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRACION NACIONAL
 CAUCA AREA SUJETA FIANZA



A-1100109-00337915-M-0076325095-20110028 0028172295A 1 7751519009

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/11/2023

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 77	01/12/2023	CC 76325095	GAVIRIA NILSON	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.

87C0204B001A1B46BE9A0BA73BF1486B

Certificado impreso el día 11/23/2023 11:39:32 AM 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, 01-12-2023

Señores

EPS Sanitas

Ciudad Popayán

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

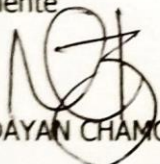
Respetados,

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	76325095	NILSON EDWIN GAVIRIA	1.160.000	01/12/2023		CRR 30#24-58 BARRIO SAN FERNANDO	Popayán- Cauca	3173657637	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



NASLY DAYAN CHAMORRO CHAMORRO

Jefe de Talento Humano Y SST

Edwin Guallo

Bogota 01.12.2023

Señores,

SILOGISTICA SAS - NI 901246498

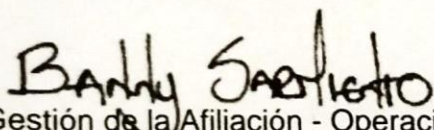
Ciudad

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos relacionar los usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2023-12-01 con numero de radicado 4611256 :

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

Cordialmente,


Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas



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

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

NILSON EDWIN GAVIRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **76.325.095**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 4 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

No. 452817

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Indice de Aporte	PENSIONADO	Indice de Aporte
Regular ☐	Regular ☐	0,6% 2%	0% 0,6% 2%	
Servicio Domestico ☐	Taxista ☐		Fidelidad 25 años ☐	
Madre Comunitaria ☐	Facultativo ☐		Menos de 1.5 S.M.M.V ☐	
Veteranos ☐	Colombiano en el Exterior ☐		Más de 1.5 S.M.M.V ☐	

Diligencie este formulario
en letra impresa y tinta color negro

PARTIDA 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

SIOLOGISTICA SAS

PARTIDA B INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO
GAVERIA		NILSON	EDWIN	1976 12 18	M ☒ F ☐
C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ PAS ☐ PER. ☐ VISA ☐ OTROS ☐		ESTADO CIVIL			
CUAL	No. 76325895	SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☒ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO ☐			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (BARIO / VEREDA)		SECTOR	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO Fijo	
CR 30 24 58		☒ URBANO	3206164678		
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS	E-MAIL		
POPAYAN	CAUCA	COLOMBIA	silogisticasas@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	NIVEL EDUCATIVO	PERTENENCIA ÉTNICA
☒ No disponible	☐ Preescolar	☐ Afrocolombiano
☐ Cabeza de familia	☒ Básica	☐ Comunidad negra
☐ Desplazado	☐ Secundaria	☐ Indígena
☐ Posición migrante	☐ Media	☐ Racial del archipiélago de San Andrés
☐ Excepción de índole sexual	☐ Técnico / tecnológico	☐ Providencia y Santa Catalina
☐ En condición de discapacidad	☐ Profesional universitario	☐ Palenquero
☐ Víctima del conflicto armado (no duplicado)	☐ Postgrado / maestría	☐ Roraimense
	☐ Ninguno	☒ No disponible
ORIENTACIÓN SEXUAL		
☒ Heterosexual		
☐ Homosexual		
☐ Bisexual		
☐ Información no disponible		
MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA
POPAYAN	☒ URBANO	AÑO MES DÍA
	☐ RURAL	2023 12 01
		OCCUPACIÓN / PROFESIÓN
		CONDUCTOR OPERATIVO
		HORAS LABORADAS AL MES
		235
		SALARIO MENSUAL
		☒ Salario ☐ Mensaje Pensional
		1160000
		VALOR
		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 prescribe (vence), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21-1982.
NOMBRE DEL BANCO ☐ Cta. Ahorro ☐ Cta. Corriente No Cuenta

PARTIDA C INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	OCCUPACIÓN/PROFESIÓN
CRUZ	CRUZ	WALDIRA		1971 12 01	
C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ PAS ☐ PER. ☐ VISA ☐ OTROS ☐		CONVIVEN			
CUAL	No. 24325246	☒ SI ☐ NO			
		NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA		IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR	
		No.			

PARTIDA 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
C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ PAS ☐ PER. ☐ VISA ☐ OTROS ☐					
CUAL	No.	NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA		IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR	
		No.			

PARTIDA E INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)											
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ PAS ☐ PER. ☐ VISA ☐ OTROS ☐	IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. C.E. PAS PER. VISA OTROS	TIPO	USO	CLASIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN
GAVERIA	CRUZ	ELIZABETH		1999 03 12	x	x	CC 1061816593				
GAVERIA	CRUZ	ROMALDO		2004 06 28	x	x	TI 1058932060				
GAVERIA	MOJOMBOY	JUAN	CAMELO	2006 11 07	x	x	TI 1058549713				

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 COMFACAUCA, 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.
Continuo a lo establecido en la Ley 1981 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, al cual consiento en cualquier momento, actualizar, depositar, usar, analizar, circular y crear información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las funciones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando correspondan y en general todos los 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, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que soy responsable 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 1981 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La información suministrada en este formulario es veraz, verdadera, transparente, acceso y circulación restringida de mis datos. Deliguo manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que sobre cuotas monetarias de los primeros pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

Edwin Gaviria
Firma del Trabajador (A) No. de identificación 76325095
Firma y sello de la Empresa
SIOLOGISTICA
NIT. 901.246.498 - 9

OBSERVACIONES

RECIBE	DIGITA	REVISY DIGITALIZA
FECHA	FECHA	FECHA
2023-12-04		
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
COMFACAUCA EN LÍNEA		

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR
2023-12-04

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

NIT 860.011.153-6

Otorgan la

Constancia de asistencia a:

NILSON EDWIN GAVIRIA

CC. 76325095

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:

2024-11-30

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

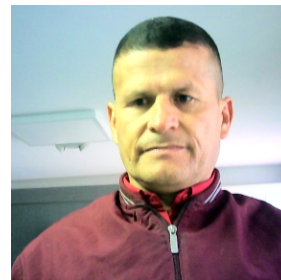
Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS DE CARGA PESADA MIXER


DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente	Documento de Identificación	Estado Civil
NILSON EDWIN GAVIRIA	CC76325095	CASADO
Sexo	Ocupación	Edad
MASCULINO	CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS DE CARGA PESADA MIXER	47 años 11 meses 12 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN
Dirección	Correo Electrónico	Teléfono
CRR 30 #24-58 BARRIO SAN FERNANDO	EDWINGAVIRIA123@GMAIL.COM	3173657637

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 conceptua:

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:

Hábitos saludables.

Control de peso.

Hacer deporte. continuar

Dieta balanceada.

Recomendaciones médicas:

Remisión a EPS. OPTOMETRIA.

Recomendaciones ocupacionales:

Uso de EPP.

Pausas activas e higiene postural. cada 2 horas

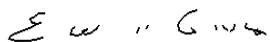
Observaciones y Recomendaciones Adicionales

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE ALTURAS, SIN RESTRICCIONES. SIN DIAGNOSTICOS DE PATOLOGIAS DE ORIGEN LABORAL. EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES, EXAMEN NEUROLOGICO NORMAL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, PRUEBAS PARA COORDINACION, EQUILIBRIO Y REFLEJOS NORMALES. RECOMENDACIONES MÉDICAS: REALIZAR ACTIVIDAD FISICA. VALORACION CON OPTOMETRIA EN EPS.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ESTRUCTAS 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 34331698
 LC. 2751



LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
Registro Médico: 2751

NILSON EDWIN GAVIRIA
CC76325095

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-30

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

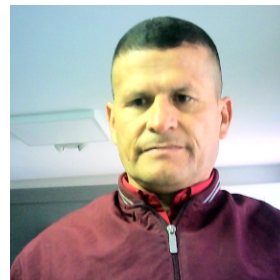
Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS DE CARGA PESADA MIXER


DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR
Nombre del Paciente

NILSON EDWIN GAVIRIA

Documento de Identificación

CC76325095

Estado Civil

CASADO

Sexo

MASCULINO

Ocupación

CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS
DE CARGA PESADA MIXER

Edad

47 años 11 meses 12 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO
País

COLOMBIA

Departamento

CAUCA

Ciudad

POPAYÁN

Dirección

CRR 30 #24-58 BARRIO SAN FERNANDO

Correo Electrónico

EDWINGAVIRIA123@GMAIL.COM

Teléfono

3173657637

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

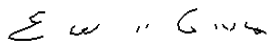
CONCEPTO DE APTITUD PSICOFISICA
Apto para trabajo en alturas
Recomendaciones y Observaciones Generales

VALORACION CON OPTOMETRIA POR ALTERACION LEVE EN OI 20/13

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 34331598
 LC. 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
Registro Médico: 2751



NILSON EDWIN GAVIRIA
CC76325095

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-30

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS DE CARGA PESADA MIXER


DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente	Documento de Identificación	Estado Civil
NILSON EDWIN GAVIRIA	CC76325095	CASADO
Sexo	Ocupación	Edad
MASCULINO	CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS DE CARGA PESADA MIXER	47 años 11 meses 12 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN
Dirección	Correo Electrónico	Teléfono
CRR 30 #24-58 BARRIO SAN FERNANDO	EDWINGAVIRIA123@GMAIL.COM	3173657637

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

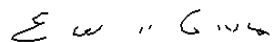
Tinel Manos	Negativo
Phanel Manos	Negativo
Filkestein	Negativo
Maniobras para Hombros	Negativo
Signo del Cajón de Rodillas	Negativo
Signo del Bostezo de Rodillas	Negativo
Signo Lasegue	Negativo

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 carácter confidencial


MEDICO ESPECIALISTA EN SST
 RM 34331698
 LC. 2751

 LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
 Registro Médico: 2751



 NILSON EDWIN GAVIRIA
 CC76325095