

 **REPÚBLICA DE COLOMBIA**
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1107040015

NOMBRE
OSCAR FABIAN MENESES MEDINA

FECHA DE NACIMIENTO
28-05-1986

SANGRE-RH
O-

FECHA DE EXPEDICIÓN
14-06-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TJOYTTE MCPAL POPAYAN



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B3	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA, BUS Y ARTICULADO	14-06-2032	PARTICULAR
C3	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA, BUS Y ARTICULADO	14-06-2025	PUBLICO



ESTÁ LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002615344

VALID TO 14/06/2025

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.107.040.015

NUMERO

MENESES MEDINA

APELLIDOS

OSCAR FABIAN

NOMBRES

OSCAR FABIAN MENESES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1986

BELEN DE LOS ANDAQUIES
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O-
G.S. RH

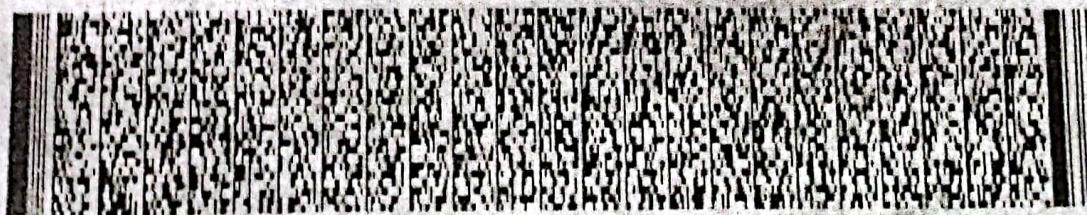
M
SEXO

12-OCT-2004 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO



P-3100100-66132790-M-1107040015-20041228

0503504363C 02 176671316

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/08/2024

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 91	27/08/2024	CC 1107040015	MENESES MEDINA OSCAR	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.

500A7D359A13DDB9494D8EAF466EE15

Certificado impreso el día 8/26/2024 11:58:13 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, 27-08-2024

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	1107040015	OSCAR FABIAN MENESES MEDINA	1.300.000	27/08/2024		CRA 17#58N-167 SAN BERNARDINO	Popayán-Cauca	3160105050	ANBOQUI28@GMAIL.COM

** 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 Y SST

Bogota 27.08.2024

Señores,

SILOGISTICA SAS - NI 901246498

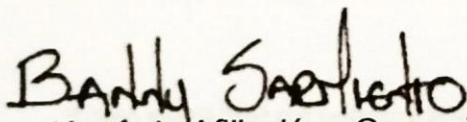
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2024-08-27 con numero de radicado 5690326 :

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:

OSCAR FABIAN MENESES MEDINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.107.040.015**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Agosto 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.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT. 891.500.182-0

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

No. 561644

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Indice de Apoyo	PENSIONADO	Indice de Apoyo
Regular	Regular	0,6% 2%	Fidelidad 25 años	0% 0,6% 2%
Servicio Domestico	Taxista		Menos de 1,5 SMLRV	
Madre Comunitaria	Facultativos		Mas de 1,5 SMLRV	
Veteranos	Colombiano en el Exterior			

Diligencie este formulario
en letra imprenta y tinta color negro

PARTE A INFORMACION DE LA EMPRESA

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

NIT: X C.C. T.I. C.E. PAS
No. 901246498-9

PARTE B INFORMACION DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO
MEÑEZ	MEDINA	OSCAR	FABIAN	1986 05 28	M

C.C. T.I. C.E. PAS C.D. PEP. PPT. VISA OTRO: ESTADO CIVIL: ☒ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: CR 17 SBN 167 VRD SAN BERNARDINO

MUNICIPIO: POPAYAN DEPARTAMENTO: CAUCA PAIS: COLOMBIA

SECTOR: ☒ URBANO ☐ RURAL TELÉFONO CELULAR: 3160105050 TELÉFONO FIJO: E-MAIL: anboqui28@gmail.com

FACTOR DE VULNERABILIDAD	NIVEL EDUCATIVO	Pertenencia Étnica
☒ No disponible	☐ Preescolar	☐ Afrocolombiano
☐ Cabeza de familia	☐ Básica	☐ Comunidad negra
☐ Desplazado	☒ Secundaria	☐ Indígena
☐ Población migrante	☐ Media	☐ Racial del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
☐ Ejercicio del trabajo sexual	☐ Técnico / tecnológico	☐ Palenquero
☐ En condición de discapacidad	☐ Profesional universitario	☐ Romovigliano
	☐ Postgrado / maestría	☒ No disponible
	☐ Ninguno	

ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Homosexual

MUNICIPIO DONDE LABORA: POPAYAN SECTOR: ☒ URBANO ☐ RURAL FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA: 2024 06 27 OCUPACIÓN / PROFESIÓN: CONDUCTOR SUPERNUMERARI HORAS LABORADAS AL MES: 230 SALARIO MENSUAL: ☒ Básico ☐ Mesada Pensional ☐ Comisiones VALOR: 1300000

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 (vence), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO: BANCOLOMBIA Cta. Ahorros Cta. Corriente No. Cuenta: 26153432987

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GENERO

C.C. T.I. C.E. PAS C.D. PEP. PPT. VISA OTRO: CONVIVEN: ☐ SI ☒ NO NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA: IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR:

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	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GENERO

C.C. T.I. C.E. PAS C.D. PEP. PPT. VISA OTRO: NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA: IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR:

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	C.T. I. PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN	USO

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.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 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, 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, COMFACAUCA, 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 tengo en materia de privacidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga acceso, a descontarlas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

OSCAR MEÑEZ
FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación: 1107040015

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

NIT. 901.246.498 - 9

OBSERVACIONES

RECIBE	DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA: 2024-08-27	FECHA:	FECHA:
NOMBRE: COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE:	NOMBRE:

AGENCIA RADICACIÓN COMFACAUCA



comfacauc
al servicio del trabajador y su familia

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR
2024-08-27

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

NIT 860.011.153-6

Otorgan la

Constancia de asistencia a:

OSCAR FABIAN MENESES MEDINA
CC. 1107040015

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:

2024-01-10

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

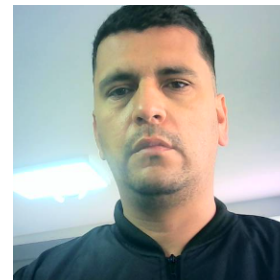
Ingreso

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR SUPERNUMERARIO



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente	Documento de Identificación	Estado Civil
OSCAR FABIAN MENESES MEDINA	CC1107040015	CASADO
Sexo	Ocupación	Edad
MASCULINO	SUPERNUMERARIO	37 años 7 meses 13 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN
Dirección	Correo Electrónico	Teléfono
CRA 17 #58N-167	amboqui28@gmail.com	3160105050

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

El servicio médico ocupacional de IMPACTO IPS con el/la Dr. PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ GOMEZ 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

Cumplimiento de los requisitos de salud para realizar las siguientes labores específicas:

Cumple con los requisitos de salud para trabajar en alturas

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.
- Actividad física aeróbica.
- Hacer deporte.
- Dieta balanceada.

Recomendaciones ocupacionales:

- Uso de EPP.
- Pausas activas e higiene postural. CADA 2 HORAS
- Capacitación. SGSST
- Otras. AUTOCUIDADO

Observaciones y Recomendaciones Adicionales

- AUDIOMETRIA , VISIOMETRIA , PERFIL LIPIDICO , GLICEMIA , PSICOSESOMETRICO- - CUMPLE PARA EL CARGO - - CUMPLE PARA EL CARGO DE CONDUCTOR -

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

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08/18

OSCAR MENESES

PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ GOMEZ
Registro Médico: 09550-08

OSCAR FABIAN MENESES MEDINA
CC1107040015

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-01-10

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

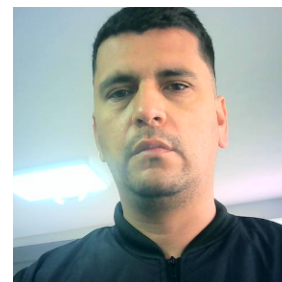
Ingreso

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR SUPERNUMERARIO



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente	Documento de Identificación	Estado Civil
OSCAR FABIAN MENESES MEDINA	CC1107040015	CASADO
Sexo	Ocupación	Edad
MASCULINO	SUPERNUMERARIO	37 años 7 meses 13 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN
Dirección	Correo Electrónico	Teléfono
CRA 17 #58N-167	amboqui28@gmail.com	3160105050

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

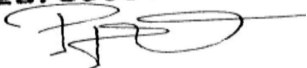
Osteo	Normal	Exámenes complementarios	Normal
Prueba Vestibular	Normal	Exámenes Paraclínicos	Normal

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

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
REG. 09550-08/18



PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ GOMEZ
Registro Médico: 09550-08

OSCAR MENESES

OSCAR FABIAN MENESES MEDINA
CC1107040015

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-01-10

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

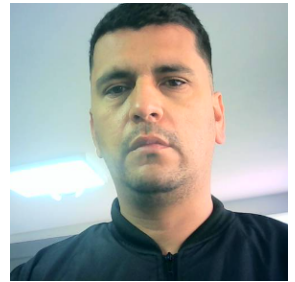
Ingreso

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR SUPERNUMERARIO



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente	Documento de Identificación	Estado Civil
OSCAR FABIAN MENESES MEDINA	CC1107040015	CASADO
Sexo	Ocupación	Edad
MASCULINO	SUPERNUMERARIO	37 años 7 meses 13 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN
Dirección	Correo Electrónico	Teléfono
CRA 17 #58N-167	amboqui28@gmail.com	3160105050

ANTECEDENTES DE EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

Factores de Riesgo

Movimientos Repetidos

Manejo de Cargas

1 a 6 Kg

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

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08/18

PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ GOMEZ
Registro Médico: 09550-08

OSCAR MENESES

OSCAR FABIAN MENESES MEDINA
CC1107040015