SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL CAQUETÁ**

**CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **18** |
| **Código Centro** | **951610** |
| **Fecha Elaboración** | **Junio de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **63700-202177** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MEDINA MURCIA ARLINSON | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.006.420.001 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | medinaarlinson31@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 46685581141 |
| **IP/Nº de contacto:** | | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2024** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 7993987/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **150025** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 4 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar los servicios profesionales para apoyar al Centro de Formación Tecnológico de la Amazonia en el desarrollo las acciones relacionadas con la operación y ejecución del proyecto "Transferencia Tecnológica para fortalecer la panificación artesanal con masa madre en panaderías populares y rurales de Colombia", comprendiendo las actividades allí inmersas y en especial las |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **19/06/2025 Al 30/06/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 6.473.590 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 6.473.590 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 1.035.774,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 5.437.816 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.035.774 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 1.953.266 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 2.989.040** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.911.540** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | | Junio | Mayo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **0000000** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.423.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 178.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 227.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | III | $ 34.700 | $ 0 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 13.113.736 | $ 637.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.911.540,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.583.240,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 - FLORENCIA | 15.499,00 | 0,600% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$1.020.275,00** | |

**SON: UN MILLÓN VEINTE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participe activamente en las actividades y espacios que fueron promovidas en el centro nacional de hotelería, turismo y alimentos
Realice contacto con las potenciales panaderías para confirmar su participación y lograr la meta del centro tecnológico de la amazonia
Realice registro de las panaderías para lograr la transferencia según el cronograma de actividades.
Implemente y realice la metodología que fue dispuesta en el centro nacional de hotelería, turismo y alimentos para el acompañamiento
Realice un reporte correspondiente sobre la ejecución del proyecto.
Apoye con el diligenciamiento y las encuestas de satisfacción para las panaderías beneficiarias en la transferencia técnica de produco
recursos nacion
anexo informe mensual de ejecuccion contractual correspondiente al mes de junio del 2025
municipio donde presto los servicios florencia

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí



**MEDINA MURCIA ARLINSON**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

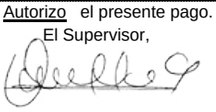
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,



**OLGA MARCELA SOTO GUTIERREZ**
**INSTRUCTOR G16**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**

**EL ORDENADOR DEL PAGO**
**LUIS ANGEL LOZADA OLAYA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

07/07/25 10:42:21 USUARIO: SIC - C.C. 1006420001

## CERTIFICA QUE:

El (La) Señor a (ARLINSON MEDINA MURCIA) identificado(a)CC1006420001 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° Cotizante

Fecha de Activación de Servicios: 01-07-2025

**Estado de la Afiliación: ACTIVO**

**IPS: SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE FLORENCIA**
**Categoría: A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE,** a los 10 días del mes de Junio del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Nueva EPS S.A**

**Gerencia de Afiliaciones**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141184922529

(415)7707212489984(8020) 000014118492252 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 0 6 4 2 0 0 0 1 | 2 | Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 0 6 4 2 0 0 0 1 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Caquetá 1 8 | Puerto Rico 5 9 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MEDINA | MURCIA | ARLINSON | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caquetá 1 8 | Florencia 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 12 2 C 59 60 BRR ALTAMIRA

42. Correo electrónico: medinaarlinson31@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 4 2 6 7 3 6 0 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 2 5 0 6 0 5 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | |

## Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MEDINA MURCIA ARLINSON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Laboremos
Seguridad, salud y ambiente

Medicina Laboral y Salud Ocupacional

# Certificado de Aptitud Laboral
## Ingreso



**Fecha:** 10/Jun/2025, **Hora:** 02:31:40 p.m.
**Apellido:** MEDINA MURCIA
**Nombre:** ARLINSON
**Tipo Doc:** CC
**Nro Identidad:** 1006420001
**Empresa:** SENA
**Cargo:** ADMINISTRATIVO
**Direccion:** B/ ALTAMIRA
**Telefono:** **Celular:** 3134267360 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Peso:** 70 Kg **Estatura:** 168 Cm **IMC:** 24.8 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** DIURNA
**EPS:** NUEVA EPS **ARL:** Sin Definir **AFP:** PORVENIR
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

**HC:** # 55944
**Edad:** 24 años
**Sexo:** Masculino ♂
**Nacim:** 16/May/2001
**Rh:** A+

.

**Examenes Realizados**

Cuadro Hematico, Examen cardiovascular, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, Optometria, Osteomuscular, Perfil Lipidico, PRUEBA PSICOMETRICA

**Recomendaciones Especificas**

Uso de Elementos de Proteccion Personal, Estilo De Vida Saludable, Osteomusculares: Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

**Concepto**

Sin restricciones con énfasis osteomuscula

**Recomendaciones Personalizadas**

Implementar ejercicio cardiovascular mínimo 3 veces a la semana se recomienda consumir con regularidad frutas en el desayuno, incluir diariamente verduras y abundante agua o líquidos, en lo posible no consumir bebidas gaseosas, fritos, realizar higiene postural en su lugar de trabajo.

**Observaciones**

Se realiza encuesta previamente al paciente, valoración médica ocupacional con elementos de bioseguridad, acorde a protocolo de Covid 19 del ministerio de salud. No cursa con ninguna comorbilidad para Covid 19.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud labora, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Jorge Andres Bolivar G.
Med. Especialista en Medicina de Trabajo
Universidad del Rosario
Reg. Med. Esp. 123

**Jorge Andres Bolívar Gomez Medico**
Médico Esp. en Medicina del Trabajo
**Registro #:** Reg. Med. Esp. 123

ARLINSON MEDINA MURCIA
CC 1006420001

Huella
Digital

Calle 16 A No. 6-55 Barrio 7 de Agosto
Teléfonos Celular 3114582632-3118891942
Email laboremos1431@yahoo.com Citas recepcionlaboremos@gmail.com

# Resultados
# Laboratorios



**Fecha:** 10/Jun/2025, **Hora:** 02:31:40 p.m.
**Apellido:** MEDINA MURCIA **Nombre:** ARLINSON **HC:** # 55944
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1006420001 **Edad:** 24 años
**Empresa:** SENA **Sexo:** Masculino ♂
**Cargo:** ADMINISTRATIVO **Nacim:** 16/May/2001
**Direccion:** B/ ALTAMIRA **Rh:** A+
**Telefono:** **Celular:** 3134267360 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Peso:** 70 Kg **Estatura:** 168 Cm **IMC:** 24.8 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** DIURNA
**EPS:** NUEVA EPS **ARL:** Sin Definir **AFP:** PORVENIR
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| **Cuadro Hematico** | | |
| Cuadro Hematico | **Normal** | |
| **Examen cardiovascular** | | |
| Examen cardiovascular | **Normal** | |
| **Glicemia** | | |
| Glicemia Basal | **107.5** mg/dl | 70 a 110 mg/dl |
| **Perfil Lipidico** | | |
| **Colesterol Total** | **177.28** mg/dl | 0 a 200 mg/dl |
| **Colesterol H.D.L.**<br>Alto riesgo menor de 35 mg/dl | **51.2** mg/dl | > 55 mg/dl |
| **Colesterol L.D.L.**<br>Riesgo moderado menor de 150 mg/dl<br>Alto riesgo mayor a 150 mg/dl | **58.900000000000006** mg/dl | 0 a 160 mg/dl |
| **Trigliceridos Serico** | **335.9** mg/dl | < 160 mg/dl |

**Gabriela Charry Rojas**
Apoyo administrativo

ARLINSON MEDINA MURCIA
CC 1006420001

Huella
Digital

# Optometria



**Fecha:** 10/Jun/2025, **Hora:** 02:31:40 p.m. **HC:** # 55944
**Apellido:** MEDINA MURCIA **Nombre:** ARLINSON **Edad:** 24 años
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1006420001 **Sexo:** Masculino ♂
**Direccion:** B/ ALTAMIRA
**Telefono:** **Celular:** 3134267360 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Peso:** 70 Kg **Estatura:** 168 Cm **IMC:** 24.8 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** DIURNA
**EPS:** NUEVA EPS **ARL:** Sin Definir **AFP:** PORVENIR
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Antiguedad en la Empresa nueva Antiguedad en el Cargo nueva.

| Antecedentes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Personales** | | **Familiares** | | **Laborales** | |
| Hipertension Arterial | No | Hipertension Arterial | No | | No |
| Diabetes | No | Diabetes | No | | No |
| Hipercolesterolemia | No | Glaucoma | No | | No |
| Glaucoma | No | Cataratas | No | | No |
| Migraña | No | Miopía | No | | No |
| Cataratas | No | Astigmatismo | No | | No |
| Cirugías Oculares | No | Hipermetropía | No | | No |
| Traumas Oculares | No | Cancer | No | | No |
| Cuerpos Extraños | No | | | | |
| Hipermetropía | No | | | | |
| Astigmatismo | No | | | | |
| Miopía | No | | | | |
| Presbicia | No | | | | |
| Otro? cual: | | | | | |

| Correccion | |
|---|---|
| Usa Lentes | No |
| Cerca | No |
| De Contacto | No |
| Lejos | No |

| | |
|---|---|
| Bifocales / Progresivos | No |
| Presenta corrección óptica durante el examen | No |

| Evaluacion | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Agudeza Visual** | **Visión próxima Sin corrección** | **Visión lejana Sin corrección** | **RX en Uso** | **A.V Con Correccion** |
| O.D. | 0.50 | 20/25 PH: | | |
| O.I. | 0.50 | 20/25 PH: | | |
| A.O. | 0.50 | 20/25 | | |

Oftalmoscopia

medios transparentes.

Queratometría

OD:

OI:

| Balance Muscular | O.D. | O.I. |
|---|---|---|

| **Refraccion** | **AV** | **Rx Final** | **AV** |
|---|---|---|---|
| O.D. | | O.D. | |
| O.I. | | O.I. | |
| ADD | | ADD | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vision Cromatica | Normal , | Estereopsis | Normal , " /> |

| Examen Externo | | | |
|---|---|---|---|
| **Percepcion del Color** | | **Convergencia** | |
| Percepcion Anormal | No | Lejos | No |
| | | Cerca | No |

| **OD** | **OI** |
|---|---|

| Examen Motor |
|---|

suaves y continuas.

Hirschberg: centrado

| **Interpretacion** | **Lejos** | | **Cerca** | |
|---|---|---|---|---|
| | **Derecho** | **Izquierdo** | **Derecho** | **Izquierdo** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Agudeza Visual Normal | X | X | X | X |

**Patologia de Refraccion**

Adecuadamente Corregida

Inadecuadamente Corregida

No Corregida

| Interpretacion | Normal | Anormal |
|---|---|---|
| Vision de Profundidad | X | |
| Percepcion de Colores | X | |
| Forias | X | |
| Vision Periferica | X | |

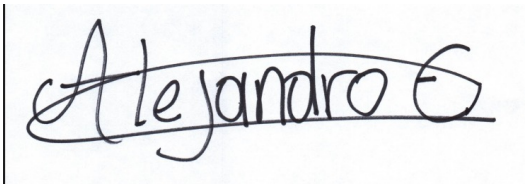
**Concepto**

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si No X

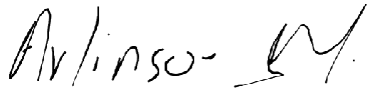
**Recomendaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Debe usar correccion para laborar | Si No X | Valoracion por Optometria | Si No X | Valoracion por Oftalmologia | Si No X | Se recomienda control de Visiometria | en 12 Meses |

| | |
|---|---|
| **Conducta y Recomendaciones** | sin recomendaciones |
| **Diagnostico** | z100 |



**Alejandro Martinez Escandon**
optometra
**Lic. de S.O #:** TP 1075318032
**Registro #:** TP 1075318032



ARLINSON MEDINA MURCIA
CC 1006420001

Huella Digital

## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR No. 3-2025-000017

Certifico que: MEDINA MURCIA ARLINSON, con **C.C. No.**: 1006420001 cumple con los documentos del perfil solicitados en la **circular No. 3-2025-000017** 40690228**Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general"**

| CEDULA | NOMBRES COMPLETOS | TIPO DE CONTRATACION | EXAMENES PRE-EMPLEO | CUMPLE |
|---|---|---|---|---|
| 1006420001 | MEDINA MURCIA ARLINSON | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | SI | SI |

La presente certificación se expide en la ciudad de Florencia – Caquetá, el 11 de junio,2025.

**MARTHA ALTAMAR DE LOS REYES**
**Medicina Preventiva**
**Regional Caquetá**

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) MEDINA MURCIA ARLINSON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1006420001 el día 07/07/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

## Hace constar:

Que el Sr(a) MEDINA MURCIA ARLINSON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1006420001 realizó el día 07/07/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo MEDINA MURCIA ARLINSON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1006420001 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

| Datos del empleador | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos o Razón Social** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | |
| **Tipo de documento de identificación** | NI | **Número de documento de identificación** | 899999034 |
| **Datos del trabajador** | | | |
| **Tipo documento y número de identificación** | CC 1006420001 | **Nombres y apellidos** | ARLINSON MEDINA MURCIA |
| **Fecha de afiliación** | 2025-06-19 | **Estado de afiliación** | **Activo** |
| **Fecha de inicio cobertura** | 2025-06-19 | **Tipo de vinculación** | Independiente |
| **Clase de riesgo** | 3 | **Fecha de retiro** | |

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

**Gerencia de afiliaciones y novedades**

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Jueves, 05 de junio de 2025

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **ARLINSON MEDINA MURCIA**, identificado con CC. **1.006.420.001**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

| Nombre Producto | N.º Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 46685581141 | 2025/06/05 | ACTIVA |

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| NEIVA | AGENCIA MANDATARIA - NEIVA | 61 | 61-46-101034258 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 18 | 06 | 2025 | 19 | 06 | 2025 | 00:00 | 03 | 01 | 2026 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | MEDINA MURCIA ARLINSON | | | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :1,006,420,001 |
| DIRECCIÓN: | CL 12 2 C 59 60 BRR ALTAMIRA | CIUDAD: | FLORENCIA - CAQUETA | TELÉFONO: | 3134267360 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SENA REGIONAL CAQUETA | | | IDENTIFICACIÓN: | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 06 NO. 7-11 Y CARRERA 7 NO 07-08 BARRIO LA ESTRELLA | CIUDAD: | FLORENCIA - CAQUETA | TELÉFONO: | 6084374787 |
| ADICIONAL: | | | | | |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.7993987 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: LA AMAZONIA EN EL DESARROLO LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA OPERACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA PARA FORTALECER LA PANIFICACIÓN ARTESANAL CON MASA MADRE EN PANADERÍAS POPULARES Y RURALES DE COLOMBIA, COMPRENDIENDO LAS ACTIVIDADES ALÍ INMERSAS Y EN ESPECIAL LAS ACCIONES DE TRANSPARENCIA PRESENCIALES EN LAS PANADERÍAS QUE LE SEAN ASIGNADAS.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 19/06/2025 | 03/01/2026 | $ 647,359.00 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 647,359.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA | 194558 | 100,00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO**

**PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELÉFONO: 8721717 - NEIVA**



61-46-101034258

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas**

**FIRMA TOMADOR**



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 61-46-101034258, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en NEIVA, a los 18 días del mes de Junio de 2025



**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas**



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 61461010342580

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | MEDINA MURCIA ARLINSON — C.C. C.C. :1,006,420,001 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101034258 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101034258 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** | BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**ORIGINAL**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 61461010342580

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | MEDINA MURCIA ARLINSON — C.C. C.C. :1,006,420,001 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101034258 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101034258 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** | BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**COPIA**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
# SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.61-46-101034258

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL,SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

**1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.**

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

**1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.**

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

**2. EXCLUSIONES.**

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

**3. SUMA ASEGURADA.**

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

**4. VIGENCIA.**

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

**5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.**

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

**6. COMPENSACIÓN.**

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

**7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

**9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.**

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

**10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.**

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

**11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.**

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

**12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

**13. COASEGURO**

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670060273 52

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

**RECIBO DE PAGO Nº:** 10000060273523

**CERTIFICAMOS QUE:**

| **FECHA** |
|---|
| 18/06/2025 03:39p.m. |

**RECIBIMOS DE:** MEDINA MURCIA ARLINSON — CC. 1.006.420.001

**LA SUMA DE:** Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO POLIZA NRO.: 101034258

| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTO | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA-46-101034258-0-1 | $28,000.00 | | $5,320.00 | $33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

Pse - $ 33,320.00

**EFECTIVO:**
**CHEQUE:**
**TARJETA:**
**BD:** 33,320.00
**OTROS:**

**TRANSACCION:** 0006027352

**TOTAL:** $33,320.00

**CAJERO:** PAGUESTADO

6/18/2025 3:40:21PM

172.16.10.23

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA**

**CIUDAD Y FECHA: 04 de julio de 2025**

**PRESENTADO A**: LUIS ANGEL LOZADA OLAYA

| | | |
|---|---|---|
| **ORDEN DE VIAJE No: 63025** | **FECHA DE INICIO:** | **FECHA DE FINALIZACION:** |
| | **23 de junio de 2025** | **29 de junio 2025** |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** | **OTRA :** |
| | **Centro Nacional de Hotelería, Turismo y Alimentos** | **Florencia – Bogotá - Florencia** |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:**

Fortalecer las habilidades de los extensionistas en la elaboración de panes con masa madre, proporcionándoles los conocimientos y técnicas necesarias para capacitar a los futuros panaderos. A través de actividades prácticas y teóricas, se busca mejorar la calidad de los productos, fomentar la sostenibilidad y promover el desarrollo de panaderías locales en comunidades campesinas y de la economía popular.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

Día 1: 23/06/2025
Se realiza desplazamiento en ruta de ida: Florencia - Bogotá.
Medio de transporte: Terrestre.

Día 2: 24/06/2025
Actividades ejecutadas:
Desplazamiento hotel al Centro Nacional de Hotelería, Turismo y Alimentos – CNHTA, donde participé como extensionista en el ENTRENAMIENTO PARA EL EQUIPO NACIONAL DE EXTENSIONISTAS "TRANSFERENCIA IN-HOUSE", iniciando a las 8:00 am y hasta las 9:00 am llegada, bienvenida y presentación de instructores y equipo de extensionistas a nivel nacional.
9:00 am a 10:00 am se inicia la transferencia de información del proyecto por parte del equipo de instructores del centro CNHTA, la ingeniera Paula y el instructor Guillermo.
10:00 am a 12:00 m Se continúa con la temática de explicación de la pedagogía básica para los Extensionistas.
1:00 a 2:00 pm Sigue la explicación del Kit y del material de apoyo para extensionistas, en el trabajo de campo.
2:00 a 4:00 pm Teoría sobre la masa madre, definición, inicio y evaluación.
4:00 a 5:00 pm Inicié taller de preparación de masa madre (día 1) a usar en la semana.
5:00 pm Salida del centro al hotel.

Día 3: 25/06/2025
Actividades ejecutadas:
7:30 am Desplazamiento hotel al centro de formación,

8:00 am a 10:00 am Participé en la explicación a extensionistas sobre parámetros técnicos en la masa madre, fermentación.
10:00 am a 12:30 pm Teoría sobre materias primas, generalidades, características y funciones.
1:30 pm a 4:00 pm Participación en la formulación y balanceo (fórmula panadero) de producción
4:00 pm a 5:00 pm Día 2 del taller de preparación, alimentación de mi masa madre y evaluación sensorial.
5:00 pm Salida del centro al hotel.

Día 4: 26/06/2025
Actividades ejecutadas:
7:30 am Desplazamiento hotel al centro de formación,
8:00 am a 10:00 am Participación en la explicación de la Microbiología en los procesos de fermentación.
10:00 am a 12:00 am Participación en la explicación de la Físico-química en los procesos de fermentación.
1:00 pm a 3:00 pm Participación en la explicación de aspectos sensoriales en procesos de panificación, taller de identificación de atributos de la masa madre.
3:00pm a 5:00 pm Día 3 del taller de preparación de mi masa madre, alimentación, prefermentos a usar en la formulación, elaboración y evaluación.
5:00 pm Salida del centro al hotel.

Día 5: 27/06/2025
Actividades ejecutadas:
7:30 am Desplazamiento hotel al centro de formación,
8:00 a 9:00 Elaboración de prefermento, para taller de la tarde.
9:00 am a 10:00 am Participación en la estrategia de ejecución en el territorio – transferencia a realizar en campo desde día 1 al día 5.
10:00 am a 12:00 m Formulación y elaboración de panes con masa madre,
1:00 pm a 3:pm Controles en la elaboración de masa madre y panes con masa madre.
3:00 pm a 5:00 pm Inicio de elaboración de panes con la masa madre, uso del prefermento y mantenimiento de mi masa madre, día 4 de alimentación.
5:00 pm Salida del centro al hotel.

Día 6: 28/06/2025
Actividades ejecutadas:
7:30 am Desplazamiento hotel al centro de formación,
8:00 am a 12:30 pm Revisión de la masa elaborada el día anterior, reposo, fermentación, decoración y horneo de mi producto.
1:30 pm a 3:30 pm Presentación del producto elaborado por cada extensionista y degustación.
3:30 pm a 4:00 pm Socialización y cierre de la actividad.
4:00 pm Salida.

Dia 7: 29/06/2025
8:00 am Desplazamiento a ciudad de origen de Bogotá – Florencia

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

1. Recibir la capacitación tecnológica en la formulación y elaboración de pan con masa madre
2. Lograr comprender la técnica, control de variables y parámetros para la elaboración de pan con masa madre
3. Recibir la formación pedagógica orientada para replicar el conocimiento y técnica en el territorio.

**EVIDENCIAS O SOPORTES:** **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Tiquete No.2129115 de la empresa Coomotor Florencia Ltda. del 23 de junio de 2025.
2. Tiquete No.32777 de la empresa Cootransflorencia Ltda del 29 de marzo de 2025.

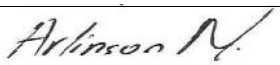
**COMPROMISOS**

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA |
|---|---|---|
| 1. Replicar los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación y transferencia tecnológica a las panaderías seleccionadas de acuerdo a la meta de la regional Caquetá. | Arlinson Medina Murcia | 4 de Junio de 2025 |
| 2. Dejo constancia que queda pendiente recibir el kit que será brindado por el Centro Nacional Hotelería, Turismo y Alimentos | Centro Nacional Hotelería, Turismo y Alimentos | No se especifica fecha de entrega. |

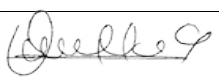
**CONCLUSIÓNES:**

1. Se adquirieron los conocimientos necesarios para la transferencia tecnológica a transferir a las 20 panaderías que componen la meta del Centro Tecnológico de la Amazonia.
2. Se adquirió la metodología para la transferencia y duración de la actividad se logró recibir la transferencia en panadería con masa madre, para lograr los objetivos planteados en el proyecto**.**

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| NOMBRE Y APELLIDO | FIRMA |
|---|---|
| Arlinson Medina Murcia |  |

**VISTO BUENO SUPERVISOR**

| CARGO DEL SUPERVISOR | NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR | FIRMA |
|---|---|---|
| Olga Marcela Soto Gutiérrez | Coordinadora Académica |  |

# Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHlalozada | LUIS ANGEL LOZADA OLAYA |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-018-951610 | CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA-CAQUETA |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | jueves, 19 de junio de 2025 | |

## Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 63025 | **Fecha Solicitud** | 2025-06-19 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-018-951610 CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA-CAQUETA** | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2025-06-19 | **Genera Viáticos** | SI | **Genera gastos de viaje** | Si | **Requiere Pasajes Aéreos** NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | CAPACITACION FORMACION | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** |

## CDP de viáticos

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 3625 | **Dependencia Solicitante** | 951610 CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ |
| **Rubro Presupuestal de Viaticos** | C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL | **Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje** | C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL |

| Nombre | Tipo y Número de Documento | Cargo | Estado | Fecha Inicial Comisión | Fecha final Comisión | Dpto. / Municipio Origen | Dpto. / Municipio Destino | N°. Días | Pernocta Último día Comisión | Porcentaje Pernocta | Total dias | Base de Liquidación | Valor Viático Diario | Valor Total Viáticos | Valor Gastos de Viaje | Valor total a pagar | Objeto de la Comisión por Tercero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARLINSON MEDINA MURCIA 1 | CC: 1006420001 | CONTRATISTA | Autorizada | 2025-06-23 | 2025-06-29 | CAQUETA / FLORENCIA | BOGOTA D.C. / BOGOTA D.C. | 6,5 | No | 50 | 6,5 | 2.589.436,00 | 222.099,00 | 1.443.644,00 | 509.622,00 | 1.953.266,00 | Fortalecer las habilidades de los extensionistas en la elaboración de panes con masa madre, proporcionándoles los conocimientos y técnicas necesarias para capacitar a los futuros panaderos. A través de actividades prácticas y teóricas, se busca mejor |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **1.443.644,00** | **509.622,00** | **1.953.266,00** | |

## OBJETO DE LA COMISIÓN

Fortalecer las habilidades de los extensionistas en la elaboración de panes con masa madre, proporcionándoles los conocimientos y técnicas necesarias para capacitar a los futuros panaderos. A través de actividades prácticas y teóricas, se busca mejor

## ORDENADOR DEL GASTO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 1117492874 | Nombre: | LUIS ANGEL LOZADA OLAYA | Cargo: | SUBDIRECTOR CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA - CAQUETA |

## VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | "" | Cargo: | "" Olga Marcela Soto Gutierrez - Coordinadora Académica |

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | MARLE QUINTANA CHILITO | Fecha Verificación: | 19/06/2025 9:30:54 |

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS 24 DE JUNIO**








**EVIDENCIA FOTOGRAFICA 25 DE JUNIO**







**EVIDENCIA FOTOGRAFICA 26 DE JUNIO**








**EVIDENCIA FOTOGRAFICA 27 DE JUNIO**





**EVIDENCIA FOTOGRAFICA 28 DE JUNIO**







COOMOTOR FLORENCIA LTDA

NIT. 891.100.556.-5
Florencia Tel.: 4353109 - 4343043

| Ciudad Origen | Ciudad Destino | |
|---|---|---|
| Florencia | Bogota. | |
| Vehiculo: 3095 | Puesto No.: 12 | Hora Salida: 5.30 pm |
| FECHA: Día 23 / Mes 06 / Año 25 | Valor: $110 000= CC 1006 420 021 | |
| Nombre Usuario: Arlinson Medina Murcia. | | |
| TIQUETE Nº 2129115 | | |

OBSERVACIONES

Válido para la hora, fecha, vehículo y destino indicados.

El vehículo debe tomarse en el terminal de Transportes, con derecho a 15 kg, en equipaje. Exija la ficha.

La Empresa responde únicamente por maletas o cajas aforadas. Asegúrelas.

Cualquier irregularidad en la prestación del servicio, comuníquela a la Gerencia, al teléfono 4358935.

Seguro de Accidentes a pasajeros, Póliza Contractual 1000163 Extracontractual 1000976 de AIG Seguros Colombia S.A.

| | |
|---|---|
| Por muerte accidental | 60 SMMLV |
| Incapacidad Total o Permanente | 60 SMMLV |
| Gastos Médicos | 60 SMMLV |

Pitalito: 362099 - Neiva: 8730874 - Ibagué: 2613500 - Armenia: 7474611 - Cali: 6615006 - Bogotá 4282891

IMPRESOS CAMACHO TEL. 435 4666



COOMOTOR FLORENCIA LTDA

NIT. 891.100.556.-5
Florencia Tel.: 4353109 - 4343043

| Ciudad Origen | Ciudad Destino | |
|---|---|---|
| Bogotá | Florencia | |
| Vehiculo: 7050 | Puesto No.: 2 | Hora Salida: 8:00 pm |
| FECHA: Día 29 / Mes 06 / Año 25 | Valor: $110.000 | |
| Nombre Usuario: Arlinson Medina | | |
| TIQUETE Nº 3039016 | | |

OBSERVACIONES

Válido para la hora, fecha, vehículo y destino indicados.

El vehículo debe tomarse en el terminal de Transportes, con derecho a 15 kg, en equipaje. Exija la ficha.

La Empresa responde únicamente por maletas o cajas aforadas. Asegúrelas.

Cualquier irregularidad en la prestación del servicio, comuníquela a la Gerencia, al teléfono 4358935.

Seguro de Accidentes a pasajeros, Póliza Contractual 1000163 Extracontractual 1000976 de AIG Seguros Colombia S.A.

| | |
|---|---|
| Por muerte accidental | 60 SMMLV |
| Incapacidad Total o Permanente | 60 SMMLV |
| Gastos Médicos | 60 SMMLV |

Pitalito: 362099 - Neiva: 8730874 - Ibagué: 2613500 - Armenia: 7474611 - Cali: 6615006 - Bogotá 4282891

IMPRESOS CAMACHO TEL. 435 4666