



PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Villeta, septiembre del 2025

Señor

HARBY ENRIQUE QUINTERO ESPITIA

SUPERVISOR CONTRATO No. CO1.PCCNTR.8375263

Cargo del supervisor: Coordinador Académico de Programas Especiales

Dependencia CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL C.D.E.A.E

Villeta

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes de septiembre del año 2025

Referencia: No CO1.PCCNTR.8375263 Del 2025

HERDER ELIECER LOBO QUIJANO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.796.038 de Bogotá, en mi calidad de Contratista del SENA, en Coordinación Académica de Programas Especiales, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas del 26 al 30 del mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: Se fija como valor total para el contrato la suma de DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CIENTO DIECIOCHO PESOS M/CTE (\$17.415.118). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un (1) primer pago proporcional a los días del mes de septiembre por valor de NOVECIENTOS DIECISEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$916.585). b) Tres (3) pagos iguales por los meses de octubre a diciembre de 2025, por valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE (\$5.499.511) cada uno.

Plazo: Será hasta el 31 de diciembre de 2025. **OBJETO:** Extensionistas- Prestar servicios profesionales para apoyar al Centro de Desarrollo Agroindustrial y Empresarial 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 acciones de transferencia presenciales en las panaderías que le sean asignadas.



Obligaciones Específicas: (Trascriba las obligaciones específicas del contrato, dentro del siguiente cuadro)

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Participar activamente en las actividades y en los espacios que se promuevan en el marco del proyecto nacional “Transferencia tecnológica para fortalecer la panificación artesanal con masa madre en panaderías populares y rurales de Colombia”,	Para el cumplimiento del presente contrato, durante el mes de septiembre se atendió de manera oportuna la solicitud de realizar la capacitación como extensionista para Fortalecer las habilidades en la elaboración de panes con masa madre, me proporcionaron los conocimientos y técnicas necesarias para capacitar a los futuros panaderos. A través de actividades prácticas y teóricas, buscando mejorar la calidad de los productos, fomentar la sostenibilidad y promover el desarrollo de panaderías locales en comunidades campesinas y de la economía popular.	
2	Realizar contacto y sensibilizaciones a las potenciales panaderías en pro de consolidar la meta del Centro de Formación como beneficiarios del proyecto nacional, confirmando su participación o causal de rechazo, en el instrumento o medio de información previsto para ello.	Se realizaron unas visitas en el Municipio de Puerto Salgar, confirmando la participación de 8 Panaderías	Registros Fotográficos
3	Realizar el registro de las panaderías, señalando estado inicial y pactando plan de transferencia, de conformidad al cronograma y meta asignada	Se realizo el registro de las panaderías en campo	Registros Fotográficos
4	Implementar la metodología dispuesta por el Centro Nacional de Hotelería, Turismo y Alimentos CNHTyA, dando para ello acompañamiento técnico personalizado a dos panaderías por semana acorde	No se desarrolló esta actividad en este periodo	No aplica



	a la meta asignada, enseñando técnicas sensoriales para el control y mantenimiento adecuado de la masa madre, asegurando la correcta apropiación y guiando el proceso para la elaboración de pan con masa madre; teniendo en cuenta la condiciones y usando los insumos y equipos de cada panadería.		
5	Utilizar, examinar y cuidar del kit técnico entregado (que contiene: pHímetro, termómetro, gramera, entre otros ítems) empleado para poder monitorear las condiciones y optimizar el proceso de elaboración de pan con masa madre. Al final de la transferencia ejecutada con el proyecto deberá devolver a su supervisor en el Centro de Formación el PHímetro con el registro de revisión y seguimiento efectuado al mismo.	No se desarrolló esta actividad en este periodo	No aplica
6	Entrega de material didáctico, cartilla, decálogo y el sello que identifica la producción de pan con masa madre y otorgamiento de certificaciones del SENA a las panaderías que cumplieron con la transferencia en el marco del proyecto. (El sello es el soporte de que en la panadería se realiza pan con masa madre y la certificación es para las personas que reciban la transferencia).	No se desarrolló esta actividad en este periodo	No aplica



7	Registrar la información correspondiente y realizar reportes solicitados sobre la ejecución del proyecto de forma completa, y acorde a los criterios de calidad y pautas dadas por el equipo coordinador del proyecto desde el CNHTyA.	No se desarrolló esta actividad en este periodo	No aplica
8	Promover y garantizar el diligenciamiento de la Encuesta de satisfacción de las panaderías beneficiarias al finalizar la transferencia de la técnica para producción de pan con masa madre.	No se desarrolló esta actividad en este periodo	No aplica
9	Mantener comunicación constante, trabajar de formar articulada y coordinada con las áreas que corresponda en su Centro de Formación y con el equipo coordinador del proyecto desde el CNHTyA, en pro de la buena ejecución, logro de las metas, emisión de alertas y alternativas de solución	En el Entrenamiento Para El Equipo Nacional De Extensionistas "Transferencia In-House Cnhta" se hizo mucho énfasis con esta actividad.	No aplica
10	Las demás que le sean asignadas por autoridad competente, de acuerdo con el área de desempeño	Cumplimiento de todas las obligaciones relacionadas con el objeto del contrato No CO1.PCCNTR.8375263	No aplica



A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

Nota 1: Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHA DE DESPLAZAMIENTO INICIAL	FECHA DE DESPLAZAMIENTO FINAL

Nota 1: Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. 9491718435 de la planilla, expedida por Aportes en Línea correspondiente al mes de septiembre del 2025. (Decreto Ley 2106 de 2019 – “Decreto Ley Anti trámites”)

Declaración bajo la gravedad de juramento.

Me permito declarar **bajo la gravedad de juramento** que durante el periodo objeto de cobro SI ____ NO **X** he suscrito otro u otros contratos con entidad e(s) del Estado el (los)



cual(es) se encuentra(n) en ejecución; la anterior declaración de acuerdo con lo establecido en el numeral 5º de la Directiva Presidencial No. 001 de 2022, a fin de identificar potenciales conflictos de interés y hacer la gestión del riesgo para la toma de decisiones dentro del principio de la debida diligencia frente a la ejecución de los contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión.

Evidencias en (8) folios

Cordialmente,

Firma

HERDER ELIECER LOBO QUIJANO

Contratista

C.C. No. 79796038

Recibí a satisfacción:

Firma

HARBY ENRIQUE QUINTERO ESPITIA

SUPERVISOR CONTRATO No. CO1.PCCNTR.8375263

Cargo del supervisor: Coordinador Académico de Programas Especiales



**REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL C.D.A.E. VILLETÁ**

I INFORME EJECUTIVO DE AVANCE

Extensionista:
HERDER ELIECER LOBO QUIJANO

Fecha: Septiembre

**PROYECTO NACIONAL
“TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA PARA FORTALECER LA PANIFICACIÓN ARTESANAL CON
MASA MADRE EN PANADERÍAS POPULARES Y RURALES DE COLOMBIA”**

Esta transferencia se realiza con el objetivo de Promover la adopción y aplicación de la técnica de masa madre a través de transferencia técnica, distribución de materiales didácticos y una campaña de sensibilización sobre sus beneficios a panaderos en la elaboración de productos de panadería con masa madre de alta calidad.

Se trata de una transferencia personalizada, realizada directamente en las instalaciones de las panaderías beneficiarias, con un entrenamiento en la técnica durante (5) días.

La transferencia entregada por el SENA, se brinda a través de un Extensionista, con formación, experiencia y además con entrenamiento especializado en la metodología técnica del proyecto para usar masa madre en panificación, con el fin de proporcionar el conocimiento necesario y de calidad para la apropiación e implementación de la técnica.

COMPROMISO POR PARTE DEL BENEFICIARIO

- Disponer de mínimo una (1) persona de la panadería con el tiempo para asistir y participar a las 5 secciones prácticas de la transferencia tecnológica para fortalecer la panificación artesanal con masa madre conforme a lo acordado con el extensionista.
- Aportar la instalación, equipos, materiales e insumos necesarios para realizar las prácticas de la transferencia de conocimiento directamente en la panadería.
- Recibir y utilizar el material didáctico entregado
- Suministrar la información requerida para diligenciar el Formulario de caracterización de la panadería beneficiada.
- Diligenciar la encuesta al finalizar la transferencia tecnológica y el Formulario de seguimiento a la transferencia con indicadores.
- Mantener durante la transferencia de conocimiento y visitas técnicas un buen trato y respeto con el extensionista y el equipo de profesionales de seguimiento.



COMPROMISO POR PARTE DEL EXTENSIONISTA

- Proporcionar el apoyo y recursos necesarios al Beneficiario durante la transferencia de conocimiento.
- Cumplir con la transferencia de conocimiento en los términos y el tiempo asignado en el proyecto.
- Mantener durante la transferencia de conocimiento en las visitas técnicas un buen trato y respeto con el Beneficiario y participantes en las visitas técnicas.

Objetivos:

- Ubicar las Panaderías de Puerto Salgar e invitarlos para que se vinculen al proyecto.
- Realizar las visitas a cada una de las Panaderías de Puerto Salgar.
- Realizar las Caracterizaciones las Panaderías de Puerto Salgar que se encuentra en el siguiente link.

29	Cundinamarca	Centro de Desarrollo Agroindustrial y Empresarial - Villeta	https://forms.office.com/r/PT4te7M08X
----	--------------	---	---

- Diligenciar las Actas de Inicio en las Panaderías de Puerto Salgar

DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Para el desarrollo de las actividades de este proceso, se tienen unos tiempos establecidos planteados, en el Plan de Trabajo, correspondiente del 26 al 30 de septiembre se plantea la realización de las actividades, planteada en los objetivos de este informe;

- Se ubicaron 7 Panaderías 1 pizzería
- Se realizaron las 8 visitas
- Se diligenciaron las 8 Caracterizaciones en línea
- Se diligenciaron las 8 actas de inicio

Ítem	Nombre de la Panaderia	Nombres y Apellidos	Dirección	M/pio
1	Panaderia Tres Espigas Doradas	Olga Patricia Reinoso Montoya	Carrera 9 No 13 - 01 Apto 101	Puerto Salgar
2	Panaderia y Cafetería Santi	Hernando García Triana	Calle 11 No 12 - 62	Puerto Salgar
3	Delicias Fuenterama	William Efraín Medina Talaiva	Carrera 11 No 12 - 55	Puerto Salgar
4	Panaderia Talypan	Helena Milay Alarcón Marroquín	Calle 14 No 11 - 23	Puerto Salgar
5	Panaderia y Pastelería la Salgareña	Juliana Valentina Clavijo Polanco	Carrera 11 # 14 -06	Puerto Salgar
6	Panaderia Servipronta	María Adriana Rodríguez Sánchez	Calle 16 No 2 A 30	Puerto Salgar



7	Salgar Pan	Wilson Pedraza Beltrán	Calle 16 no 3 - 190	Puerto Salgar
8	Banana Split	Manuel Roberto Rodríguez Sanches	Carrera 10 No 14 - 30	Puerto Salgar

CONCLUSIONES

- De acuerdo al Plan de trabajo establecido se está cumpliendo en un 100% de lo que se encuentra allí planteado.
- La realización del trabajo de campo, fue compleja, en algunas panaderías los dueños o encargados no se encontraban, tocaba regresar nuevamente.
- Se encontraban sitios a donde la señal era muy pésima, por lo que las caracterizaciones se realizaron manualmente y posterior se subía al sistema.
- Los dueños y administradores de las Panaderías que se vincularon al proceso, se encuentran muy motivados.
- Con la realización de la caracterización de las Panaderías ya se comienza las 5 secciones prácticas de la transferencia tecnológica para fortalecer la panificación artesanal con masa madre, según como está establecido en el Plan de Trabajo.
- Ya se cuenta con una base de Datos de las panaderías de puerto salgar totalmente diligenciada.

Anexos:

- 1) Pantallazo de los 8 registros de caracterización en línea
- 2) Plan de trabajo actualizado archivo en Excel
- 3) Base de datos archivo en Excel
- 4) Registros Fotográficos (A continuación)

Responsable:

HERDER ELIECER LOBO QUIJANO

Extensionista

SENA

CUNDINAMARCA C.D.A.E. VILLETÁ



1. Panadería Tres Espigas Doradas



2. Panadería y Cafetería Santi





3. Delicias Fuenterrama



4. Panaderia talypan





5. Panaderia y Pastelería la Salgareña



6. Panaderia Servipronto





7. Salgar Pan



8. Banana Split



Caracterización de 8 Unidades de Negocio en Puerto Salgar

Recientes

Mis formularios

Formularios rellenos

Compartidos conmigo

Favoritos

Filtrar por palabra clave



Formulario 29 CARACTERIZACIÓN DE PA
NADERÍAS BENEFICIARIAS

Formulario relleno

Enviado 4/10/2025, 21:37:04



Formulario 29 CARACTERIZACIÓN DE PA
NADERÍAS BENEFICIARIAS

Formulario relleno

Enviado 4/10/2025, 21:23:17



Formulario 29 CARACTERIZACIÓN DE PA
NADERÍAS BENEFICIARIAS

Formulario relleno

Enviado 4/10/2025, 21:06:11



Formulario 29 CARACTERIZACIÓN DE PA
NADERÍAS BENEFICIARIAS

Formulario relleno

Enviado 4/10/2025, 20:52:19



Formulario 29 CARACTERIZACIÓN DE PA
NADERÍAS BENEFICIARIAS

Formulario relleno

Enviado 4/10/2025, 20:36:40



Formulario 29 CARACTERIZACIÓN DE PA
NADERÍAS BENEFICIARIAS

Formulario relleno

Enviado 4/10/2025, 20:15:30



Formulario 29 CARACTERIZACIÓN DE PA
NADERÍAS BENEFICIARIAS

Formulario relleno

Enviado 4/10/2025, 20:06:58



Formulario 29 CARACTERIZACIÓN DE PA
NADERÍAS BENEFICIARIAS

Formulario relleno

Enviado 4/10/2025, 18:56:47

Comentarios

9:37 p.m.
4/10/2025

Bogotá, Septiembre 10 de 2025

Señor:
LOBO QUIJANO HERDER ELIECER
CC. 79796038
CL 1 NO 37 98 MZ E CA 2 BALCONES STA HELENA - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 4 de 2003. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
LOBO QUIJANO HERDER ELIECER	79796038	C	Nov-4-2003	517	0	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
LOBO FARFAN ISABELLA	1003380067	C	Nov-4-2003	521	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LOBO AGUILAR JESUS ARMANDO	1066282835	T	Dic-5-2018	53	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LOBO FARFAN SEBASTIAN	1066870484	C	Sep-28-2006	465	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
FARFAN ROMERO NANCY MARINA	40800224	C	Nov-4-2003	521	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
HERDER ELIECER LOBO QUIJANO	79796038	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
HERDER ELIECER LOBO QUIJANO	79796038	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
HERDER ELIECER LOBO QUIJANO	79796038	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
HERDER ELIECER LOBO QUIJANO	79796038	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
HERDER ELIECER LOBO QUIJANO	79796038	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
HERDER ELIECER LOBO QUIJANO	79796038	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
HERDER ELIECER LOBO QUIJANO	79796038	Trabajador Independiente	CERRADO
HERDER ELIECER LOBO QUIJANO	79796038	Trabajador Independiente	CERRADO
TORRES GIRALDO JULIO ENRIQUE	79796038	Dependiente	CERRADO
TORRES SOTO CIA LTDA	79796038	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141206837684



(415)7707212489984(8020) 000014120683768 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

7 9 7 9 6 0 3 8

2

Impuestos y Aduanas de Valledupar

2 4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

Persona natural o sucesión ilíquida

2

Cédula de Ciudadanía

1 3

7 9 7 9 6 0 3 8

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá, D.C.

0 0

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

LOBO

QUIJANO

HERDER

ELIECER

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Cesar

2 0

Valledupar

0 0

41. Dirección principal

CL 13 15 35

42. Correo electrónico

herderlobo@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 7 4 7 0 4 0 8 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

52. Número establecimientos

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 2 3

2 0 2 5 0 1 3 1

8 5 6 0

2 0 1 2 1 2 0 1

7 0 1 0

2 4 2 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

LOBO QUIJANO HERDER ELIECER

985. Cargo

CONTRIBUYENTE



DIPRESALUD
IPS SAS

DIPRESALUD IPS

Nit: 900.484.031-1

Carrera 19# 16B 16 - Barrio Jorge Dangond

Cel: 3103 67 1869 - Tel: 605-5710835

Mail: dipresaludipssas@outlook.com - admisiones.dipresalud@outlook.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.727

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	01 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
LOBO QUIJANO HERDER ELIECER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	45 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS	CC	79796038
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONTRATISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES							
Observaciones: <i>FISICAMENTE BIEN</i>							
APTO		SIN RESTRICCIONES					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
NINGUNAS				TEMPORAL		CAPACITACIÓN Y CONTROLES EN RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO	
NINGUNAS				TEMPORAL		HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	
NINGUNAS				TEMPORAL		HIGIENE POSTURAL Y CONTROL DE PESO	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				VISIOMETRÍA			
AUDIOMETRÍA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE CARDIOVASCULAR			HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO	
			SVE OSTEOMUSCULAR				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PACIENTE TRABAJADOR FÍSICAMENTE BIEN, SIN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDADES LABORALES, SIN LIMITACIONES FUNCIONALES DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: MONTENEGRO GONZALEZ CARLOS AMARIS				Nombre: LOBO QUIJANO HERDER ELIECER			

R. M.: 5985

L.S.O.: 0807

Código de Seguridad

CC: 79796038

O944U1A12727



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 7435

Fecha: 16/01/2024 Ciudad: VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)
Tipo Examen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO Eps: SALUD TOTAL
CC: 79796038 Nombre: LOBO QUIJANO HERDER ELIECER Edad: 45 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 29/06/1978 Empresa: PARTICULARES Ocupación: CONTRATISTA

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
NA	NA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

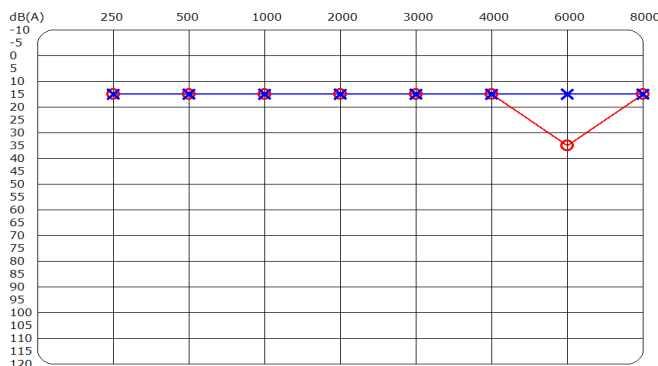
Descanso auditivo(Horas): 12 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: NO
Marca y Referencia audiómetro utilizado: AMPLIVOX 270 F. Última Calibración: 2022-05-05

○ : Vía aérea del OD ✕ : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	15	15	15	15	35	15
VAOI	15	15	15	15	15	15	15	15



PTA Oído derecho: 15.00

PTA Oído izquierdo: 15.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Oído izquierdo:

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Observaciones del diagnóstico

AUDICION NORMAL BILATERAL.

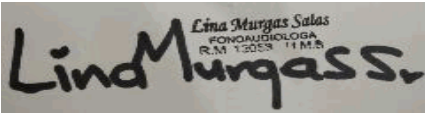
RECOMENDACION

OBSERVACION

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

TRABAJADOR

Firma: 
Nombre: MURGAS SALAS LINA LIZ
R. M.: 12053/2003 L.S.O.:



Código de Seguridad
W944C217435

Firma: 
Nombre: LOBO QUIJANO HERDER ELIECER
CC: 79796038



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 8,721

Fecha: 20/12/2023 Municipio: VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) CC: 79796038 Nombre: LOBO QUIJANO HERDER ELIECER Edad: 45 AÑOS 6
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: CONTRATISTA Empresa: PARTICULARES
Eps: SALUD TOTAL Tipo Evaluación Médica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 2 DIAS
Lugar del Último Examen: IPS Motivo Consulta: EXAMEN DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	VISION BORROSA DE CERCA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	PRESBICIE
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

VISION BORROSA DE CERCA

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/40	1.25M	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/50	1.25M	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/40	1.25M	N/A	NO APLICA		N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

REMISIONES

OTRAS : VALORACION POR OPTOMETRIA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

DEBE USAR GAFAS PERMANENTES

OPTOMETRA



Firma: Xiomara Cárdenas N.
Nombre: CARDENAS NARVAEZ XIOMARA ELIZABETH
R. M.: 18083/06 L.S.O.:



Código de Seguridad
E944K3Q8721

PACIENTE

Firma: Lobo Quijano Herder Eliecer
Nombre: LOBO QUIJANO HERDER ELIECER
CC: 79796038



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 28013

Municipio: VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)

Fecha y Hora: martes, 10 de junio de 2025 07:44:26 a.m.

Nombres y Apellidos: LOBO QUIJANO HERDER ELIECER

CC: 79796038

Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 29/06/1978 Edad: 46 AÑOS 11 MESES 11 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

GLICEMIA EN AYUNA

Resultado	Valor de Referencia
109 mg/dl	60 – 109 mg / dl

Nadia Katherine Jimenez Useche
Bacteriólogo(a) RP: 11069


NADIA JIMENEZ USECHE
MICROBIOLOGA
C.C. 1.000.553.295



INFORME MINIMULT

NOMBRE: HERDER ELIECER LOBO QUIJANO

EDAD: 47 AÑOS

EMPRESA: Sena

OCUPACION O CARGO: Extensionista

FECHA: 16 de julio de 2025

En la aplicación de la prueba obtuvo los siguientes resultados en el Puntaje Total en cada una de las escalas que serán descritos a continuación:

Escala L Mentira obtuvo un puntaje T de 20 lo que indica que está dentro de los límites normales

Escala F comprensión obtuvo un puntaje T de 30 lo que indica que respondió las preguntas más relevantes para ella y le presto poca atención a las que no comprendió.

Escala K Defensiva: obtuvo un puntaje T de 24 lo que indica que muestra pocos síntomas claros de trastorno emocional.

ESCALAS CLINICAS

1 HIPOCONDRIA: obtuvo un puntaje de T de 32 lo que indica que está dentro de los límites normales puede llegar a sentirse enfermo manifiesta signos y síntomas de la enfermedad acude al médico y se recupera rápidamente.

2 DEPRESION: obtuvo un puntaje T de 29 tiene rasgos depresivos dentro de los límites de normalidad lo que indica que no se deja llevar de las circunstancias y afronta con facilidad las situaciones complicadas.

3 HISTERIA: obtuvo un puntaje T de 21 lo que nos indica que es una persona poco expresiva; pero algunas situaciones lo pueden llevar estallar con facilidad frente a una situación que lo afecte grita con facilidad y le cuesta controlarse.

4 DESVIACION P: obtuvo un puntaje T de 33 lo que indica que está dentro los límites de normalidad.

5 PARANOIA: obtuvo un puntaje T de 22 posee rasgos paranoicos normales a veces se puede tornar inseguro y temeroso.

6 PSICOTENIA: Obtuvo un puntaje T de 32 lo que indica que está dentro de los límites de normalidad.

Su Aliado en Salud y Seguridad en el Trabajo

Carrera 19 N° 16b 16 Barrio Dangond – Tel éf ono 605- 5710835 Cel ul ar

3103671869

Valledupar - Cesar



7 ESQUIZOFRENIA: Obtuvo un puntaje T de 23 lo que indica que tiene rasgos esquizofrénicos dentro de los límites de normalidad que lo pueden llevar a imaginarse cosas a fantasear a inventar historias, poca tendencia hacia la agresividad, controla los impulsos.

8 HIPOMANIA: Obtuvo un puntaje T de 34 lo que indica que está dentro de los límites normales, no presenta rasgos hipomaniacos altos.

Conclusiones: Los rasgos en todas las escalas clínicas son normales según los estándares es apto para desempeñarse en el cargo

LINA MARIA ZUÑIGA ARZUAGA

Psicóloga

T.P 102829

Su Aliado en Salud y Seguridad en el Trabajo

**Carrera 19 N° 16b 16 Barrio Dangond – Teléfono 605- 5710835 Celular
3103671869
Valledupar- Cesar**



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) HERDER ELIECER LOBO QUIJANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79796038 realizó el día 05/10/2025 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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



Hace constar:

Que el Sr(a) HERDER ELIECER LOBO QUIJANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79796038 realizó el día 05/10/2025 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo HERDER ELIECER LOBO QUIJANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79796038 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 -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) HERDER ELIECER LOBO QUIJANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79796038 realizó el día 05/10/2025 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) HERDER ELIECER LOBO QUIJANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79796038 realizó el día 05/10/2025 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) HERDER ELIECER LOBO QUIJANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79796038 el día 05/10/2025 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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **HERDER ELIECER LOBO QUIJANO**, identificado con CC No. **79796038**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – NI. 8999999034	Fecha de inicio de cobertura: 23/09/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 23/09/2025 Fecha fin de Contrato: 31/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de septiembre de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

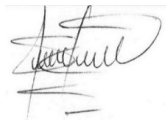
LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HERDER ELIECER LOBO QUIJANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79796038**, se encuentra afiliado/a desde **05/09/2001** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de septiembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Certificación Bancaria

Miércoles, 10 de septiembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que HERDER ELIECER LOBO QUIJANO identificado(a) con CC 79796038, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	52400009825	2024-01-11	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.						SUCURSAL CHAPINERO						COD.SUC 14		NO.PÓLIZA 14-46-101147776		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO						
26 09 2025			26 09 2025			00:00	30 04 2026			23:59	EMISION ORIGINAL						

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL LOBO QUIJANO, HERDER ELIECER	IDENTIFICACIÓN CC: 79.796.038
DIRECCIÓN: CALLE 82 NO 103 D 35	Ciudad: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 3174704080

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL SENA REGIONAL CUNDINAMARCA	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CALLE 2 NO. 13 - 03	Ciudad: VILLETEA, CUNDINAMARCA TELÉFONO 6015461500

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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. COI.PCCNTR.8375263 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: EXTENSIONISTA-PROGRAMA MASA MADRE- PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA APOYAR AL CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL 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 ACCIONES DE TRANSFERENCIA PRESENCIALES EN LAS PANADERÍAS QUE LE SEAN ASIGNADAS.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	26/09/2025	30/04/2026	\$1,741,511.80

ACLARACIONES

LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA EN EL CONTRATO

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	\$ *****1,741,511.80	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
JAIRÓ WILCHEZ ROJAS	10178	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 6013908192 - BOGOTÁ, D.C.

14-46-101147776

FIRMA AUTORIZADA: José Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 TELÉFONO: 601-2186977, 601-6019330

RAPIESTADO

1



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza N° 101147776, anexo 0, no expirara 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 BOGOTA, D.C. a los 26 días del mes de SEPTIEMBRE de 2025

14-46-101147776

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO 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 SUJECCIÓN 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 TÍTULO 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.

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGÚN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

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 ESTUVIERE 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 ÚLTIMO 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, PREVALECEÁN 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.



7709998021167006089883

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000060898838

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA				
26/09/2025 05:03p.m.				
RECIBIMOS DE:	LOBO QUIJANO HENDER ELIECER	CC. 79.796.038		
LA SUMA DE:	Treinta y tres mil trescientos veinte pesos . *****			
POR CONCEPTO DE:	PAGO POLIZA NRO.: 101147776			
SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
CHAPINERO-46-101147776-0-1	\$28,000.00		\$5,320.00	\$33,320.00
FORMA DE PAGO				
Pse - \$ 33,320.00		EFFECTIVO: CHEQUE: TARJETA: BD: 33,320.00 OTROS:		
TRANSACCION: 0006089883		TOTAL: \$33,320.00		
CAJERO: PAGUESTADO				