

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |  |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL                                                                               |  | Código: FOR-GEC-051                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FORMATO SOLICITUD DE MODIFICACIÓN, CESIÓN,<br>SUSPENSIÓN, TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL<br>CONTRATO/CONVENIO |  | Versión: 0                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |  | Fecha: Memo I2023036101<br>- 21/11/2023 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |  | Página 1.00                             |
| NÚMERO DE CONTRATO (No. y Fecha del Contrato) TIPO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                           |  |                                         |
| 8417 24/07/2024 CONVENIO DE ASOCIACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                           |  |                                         |
| OBJETO CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           |  |                                         |
| AUNAR RECURSOS TÉCNICOS, FÍSICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EN EDADES ENTRE LOS DIECIOCHO (18) AÑOS Y HASTA LOS CINCUENTA Y NUEVE (59) AÑOS, ONCE (11) MESES DE EDAD CON DISCAPACIDAD, IMPLEMENTANDO ACCIONES QUE FAVOREZCAN EL DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE SUS HABILIDADES Y CAPACIDADES PARA ALCANZAR MAYORES NIVELES DE AUTONOMÍA Y TOMA DE DECISIONES, PROMOViendo SU INCLUSIÓN EN LOS DIFERENTES ENTORNOS, EN EL SERVICIO SOCIAL CENTROS INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA, TENIENDO COMO REFERENTES LOS ENFOQUES DIFERENCIAL Y DE GÉNERO. |                                                                                                           |  |                                         |
| SOLICITANTE (Dependencia que hace la solicitud)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |  |                                         |
| 145 SUBDIRECCIÓN PARA LA DISCAPACIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                           |  |                                         |
| TIPO DE MODIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                           |  |                                         |
| Otro_Si                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                           |  |                                         |
| OBSERVACIONES DE LA MODIFICACION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                           |  |                                         |
| OTROSÍ MODIFICATORIO AL CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. 8417 -2024 SEGÚN JUSTIFICACIÓN ANEXA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                           |  |                                         |
| APROBACIÓN: (Dependencia que aprueba la solicitud de contratación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           |  |                                         |
| DIRECCION PARA LA INCLUSION Y FAMILIA Vo.Bo. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           |  |                                         |
| PROFESIONAL ENCARGADO DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                           |  |                                         |
| NOMBRE : OLGA MARCELA CUBIDES SALAZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                           |  |                                         |
| C.C.: 52968359 FIRMA DEL -A SOLICITANTE _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                           |  |                                         |
| REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           |  |                                         |
| Para la aprobación de la siguiente solicitud, anexo los siguientes documentos: Total Folios Presentados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                           |  |                                         |
| Justificación. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                           |  |                                         |
| Otros, Cuales:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                           |  |                                         |
| SOLICITADO A SUBDIRECCION DE CONTRATACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                           |  |                                         |
| REMITASE EL PRESENTE CON SUS ANEXOS A LA SUBDIRECCION DE CONTRATACION PARA EL TRAMITE RESPECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                           |  |                                         |

## REGISTRO DE FIRMAS ELECTRONICAS

4.2 MC-09 OTROSI CONV 8417-2024

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

gestionado por: [azsign.com.co](https://azsign.com.co)

Id Acuerdo: 20241116-160728-bee551-71940845

Creación: 2024-11-16 16:07:28

Estado: Finalizado

Finalización: 2024-11-18 09:39:51



Escanee el código  
para verificación

### Aprobación: Directora para la Inclusión y las Familias

Diana Patricia Martínez Gallego

51939359

[dpmartinezg@sdis.gov.co](mailto:dpmartinezg@sdis.gov.co)

Directora para la Inclusión y las Familias

Secretaria Distrital de Integración Social

### Firma: Subdirectora para la Discapacidad

Marcela Cubides

52968359

[mcubides1@sdis.gov.co](mailto:mcubides1@sdis.gov.co)

Subdirectora para la Discapacidad

Dirección para la Inclusión y las Familias





Firmado Electrónicamente con AZSign  
Acuerdo: 20241116-160728-bee551-71940845  
2024-11-18T09:39:52-05:00 - Página 3 de 3



| REPORTE DE TRAZABILIDAD                                                                                         |                                                                                                                                                    |                                   | <br><br>Escanee el código para verificación |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.2 MC-09 OTROSI CONV 8417-2024                                                                                 |                                                                                                                                                    |                                   |                                                                                                                                |
| SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL<br>gestionado por: <a href="https://azsign.com.co">azsign.com.co</a> |                                                                                                                                                    |                                   |                                                                                                                                |
| Id Acuerdo: 20241116-160728-bee551-71940845                                                                     |                                                                                                                                                    | Creación: 2024-11-16 16:07:28     |                                                                                                                                |
| Estado: Finalizado                                                                                              |                                                                                                                                                    | Finalización: 2024-11-18 09:39:51 |                                                                                                                                |
| TRAMITE                                                                                                         | PARTICIPANTE                                                                                                                                       | ESTADO                            | ENVIO, LECTURA Y RESPUESTA                                                                                                     |
| Firma                                                                                                           | Marcela Cubides<br>mcubides1@sdis.gov.co<br>Subdirectora para la Discapacidad<br>Dirección para la Inclusión y las Famili                          | Aprobado                          | Env.: 2024-11-16 16:07:40<br>Lec.: 2024-11-16 17:42:30<br>Res.: 2024-11-16 17:42:34<br>IP Res.: 186.84.178.27                  |
| Aprobación                                                                                                      | Diana Patricia Martínez Gallego<br>dpmartinezg@sdis.gov.co<br>Directora para la Inclusión y las Famili<br>Secretaria Distrital de Integración Soci | Aprobado                          | Env.: 2024-11-16 17:42:34<br>Lec.: 2024-11-18 09:39:45<br>Res.: 2024-11-18 09:39:51<br>IP Res.: 190.27.225.68                  |