Yo, **CESAR AUGUSTO CRUZ RODRIGUEZ**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	FEDERACION NACIONAL DE SORDOS DE COLOMBIA						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	860.528.224-0				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	11010282025	FECHA SUSCRIPCIÓN	13 (día)	marzo (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 13 (día) marzo (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	16 (día) octubre (mes) 2025 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 7 DE 10	
VALOR A PAGAR	$ 2.238.200,00	EN LETRAS	DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) septiembre (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) septiembre (mes) 2025 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA GESTIÓN EN EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y/O ADMINISTRACION DE JUSTICIA	174825	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	112	A 02-02-02-009-007-09	$ 2.238.200,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	NÚMERO DE CUENTA	009969992966	TIPO DE CUENTA	Corriente

3. OBSERVACIONES

Factura numero FVE-5299 Correspondiente a la Oferta No. 11010282025, Septimo pago, servicios prestados entre el 1 al 30 de Septiembre de 2025.

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ -	A	EN LETRAS		
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -		CUOTA NÚMERO		DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 2.238.200,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 2.238.200,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 2.238.200,00	

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
CESAR AUGUSTO CRUZ RODRIGUEZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	BOGOTÁ	GRUPO DE PROTECCIÓN	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
SANDRA MILENA AVENDAÑO BUSTOS	TECNICO ADMINISTRATIVO	BOGOTÁ	GRUPO DE PROTECCIÓN	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
VIVIANA ANDREA ESGUERRA BOHÓRQUEZ	TECNICO ASISTENCIAL	BOGOTÁ	GRUPO DE PROTECCIÓN	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DAVID ALEJANDRO BENAVIDES RIVERA	GRUPO DE PROTECCIÓN		

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581DE 2012

Somos Entidad Sin Animo de Lucro

No somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA.
No Practicar Retencion en la Fuente, Somos del Regimen Tributario Especial.

Actividad Económica 8551 y 8299 tarifa 9,66x1000 Actividad Económica 4761 tarifa 11,04x1000

Nit 860528224 0

Factura Electrónica De Venta No

FVE No. 5299

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764093503702 que habilita desde FVE 5001 hasta FVE 10000. Vence 2027-05-23

Orden de Compra No.	
Autorización de Pago No.	

CLIENTE	ICBF. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT	899999239 2

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CRA 50 26 51	OGOTA D.C	3241900

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO
15/10/2025	15/11/2025

POR CONCEPTO DE

#$46-02-00-011;11010282025;Cesar.Cruz@icbf.gov.co#$

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	21	Servicio de interpretacion en LSC con 1 Interprete	19,000	Und.	$ 98.992	19%	$ 18.808	$ 1.880.840

Total líneas o ítems: 1

Valor en Letras

DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**$ 1.880.840**
DESCUENTO	**$ 0**
IVA	**$ 357.360**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**$ 2.238.200**
RETEFUENTE	**$ 0**
RETEIVA	**$ 0**
RETEICA	**$ 0**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$ 2.238.200**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 15/10/2025 12:08:40

CARRERA 26A 39B-15 Teléfono 3689869 Bogotá
Correo Electrónico tesoreria@fenascol.org.co

CUFE: 2e94409d785f2abde72b74697da121ac2e41245c4267fcddcf278a2e483965e40460b8af33662c9f4f6d100b9a1e6bdf --Expedición: 15/10/2025 12:10 PM
Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
2e94409d785f2abde72b74697da121ac2e41245c4267fcddcf278a2e483965e40460b8af33662c9f4f6d100b9a1e6bdf

Número de Factura: FVE-5299
Fecha de Emisión: 15/10/2025
Fecha de Vencimiento: 15/11/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Acuerdo mutuo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: FEDERACION NACIONAL DE SORDOS DE COLOMBIA
Nombre Comercial: FEDERACION NACIONAL DE SORDOS DE COLOMBIA
Nit del Emisor: 860528224
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 7010
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.
Dirección: CARRERA 26A 39B-15
Teléfono / Móvil: 3689869
Correo: tesoreria@fenascol.org.co

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: ICBF. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 899999239
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.
Dirección: CRA 50 26 51
Teléfono / Móvil: 3241900
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;siifnacion.facturaelectronica@hotmail.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	21	Servicio de interpretacion en LSC con 1 Interprete	94	19,00	$ 98.991,60	$ 0,00	$ 0,00	$ 357.359,66	19.00			$ 1.880.840,34

Notas Finales

#$46-02-00-011;11010282025;Cesar.Cruz@icbf.gov.co#$

Datos Totales



Documento generado el:
15/10/2025 12:00:54
Documento validado por la DIAN:
15/10/2025 12:10:55
XML Generado por: Proveedor Tecnológico
900534356
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		
IVA		
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		
Total impuesto (=)		
Total neto factura (=)		
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**$**	$

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		1.880.840,34
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		1.880.840,34
IVA		357.359,66
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		357.359,66
Total neto factura (=)		2.238.200,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 2.238.200,00

Valores informativos

ANTICIPOS
Anticipos

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización:	Rango desde:	Rango hasta:	Vigencia:
18764093503702	5001	10000	2027-05-23

Factura electrónica

DIAN

CUFE:
2e94409d785f2abde72b74697da121ac2e41245c4267fcddcf278a2e483965e40460b8af33662c9f4f6d100b9a1e6bdf

Factura electrónica
Serie: FVE
Folio: 5299
Fecha de emisión de la factura Electrónica: 15-10-2025

Descargar PDF

DATOS DEL EMISOR
NIT: 860528224
Nombre: FEDERACION NACIONAL DE SORDOS DE COLOMBIA

DATOS DEL RECEPTOR
NIT: 899999239
Nombre: ICBF. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

TOTALES E IMPUESTOS

IVA: $357,360
Total: $2,238,200

ESTADO EN EL REGISTRO DE FACTURAS ELECTRÓNICAS

Factura Electrónica

Legítimo Tenedor actual: FEDERACION NACIONAL DE SORDOS DE COLOMBIA

Documento Recepción Gestionados

DESCARGAR CARPETA ZIP | CONSULTAR PDF DIAN

Filtros de la Consulta

Fecha inicio consulta: 13/10/2025

Fecha final consulta: 16/10/2025

Proveedor:

Número de Identificación:

PCI: 46-02-00-011 - ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTA

LIMPIAR | BUSCAR

PCI	Proveedor	Documento Proveedor	Tipo Documento	Número de Documento	Fecha Emisión	Valor Total
46-02-00-011	FEDERACION NACIONAL DE SORDOS DE COLOMBIA	860528224	Factura Electronica	FVE5299	2025-10-15	$2.238.200,00

No se encontraron resultados

Filtros de la Consulta

Fecha inicio consulta: 13/10/2025

Fecha final consulta: 16/10/2025

Proveedor:

Número de Identificación:

PCI: 46-02-00-011 - ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTA

LIMPIAR | BUSCAR

Fecha Emisión	Valor Total	Fecha de Recepción	Estado	Fecha Gestión	Gestionado por Supervisor	Observación
2025-10-15	$2.238.200,00	2025-10-15	Aceptada	2025-10-16	cesar.cruz@icbf.gov.co	Aprobada

No se encontraron resultados

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE PROTECCIÓN ICBF REGIONAL BOGOTÁ

CERTIFICA

Que, **la Federación Nacional de Sordos de Colombia - FENASCOL.**, durante el mes de **SEPTIEMBRE de 2025** prestó CINCO (5) servicios de interpretación en Lengua de Señas Colombiana con un total de diecinueve (19) horas, las cuales se relacionan a continuación:

No	CENTRO ZONAL	NNA	SIM	FECHA DEL SERVICIO	HORA INICIO	HORA FINAL	HORAS CERTIFICADAS*	Número de INTÉRPRETES
1	Kennedy 1	Sara Valentina Higuera Reyes	14457951	09/09/2025	10:00am	11:00am	2	1
				09/09/2025	10:00am	11:00am		1
2	Bosa	Dylan Samuel Rodríguez Parra	1764449586	11/09/2025	14:00pm	15:30pm	1.30	1
				11/09/2025	14:00pm	15:30pm		1
3	Usaquén	Jonathan Smith Garcia Niño	14781914	18/09/2025	15:30pm	16:30pm	2	1
				18/09/2025	15:30am	16:30pm		1

No	CENTRO ZONAL	NNA	SIM	FECHA DEL SERVICIO	HORA INICIO	HORA FINAL	HORAS CERTIFICADAS*	Número de INTÉRPRETES
4	Kennedy 1	Sara Valentina Higuera Reyes	14457951	22/09/2025	11:00am	14:00pm	3	1
				22/09/2025	11:00am	14:00pm		1
5	Kennedy 1	Jessica Alexandra Izasa Valderrama	1764756229	29/09/2025	14:00pm	17:00am	3	1
				29/09/2025	14:00pm	17:00am		1

**Nota: Numeral 6.10 de la Ficha de Condición Técnica "Cuando la diligencia o evento tengan una duración mayor a una hora, es indispensable que dos intérpretes se hagan presentes en el sitio, para que se lleven a cabo los respectivos relevos. De esta manera las horas de prestación del servicio corresponden al doble del tiempo de la actividad, ya que los dos (2) intérpretes se estarán apoyando y relevando durante toda la jornada", es así como para la prestación de estos servicios se requirieron de los respectivos relevos por parte de los intérpretes.*

La presente se expide con destino al Grupo Financiero de la Regional Bogotá, para efectos de pago a los diez días del mes de octubre de dos mil veinticinco (10/10/2025).

CESAR AUGUSTO CRUZ RODRIGUEZ
Coordinador
Grupo Interno de Trabajo
Protección especial y Autoridades Administrativas
ICBF Regional Bogotá

	NOMBRE - CARGO	FIRMA	FECHA
Proyectó/elaboró	Sandra Milena Avendaño Bustos – Técnico Administrativo Grupo Protección		10/10/25
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.			

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo, CONSUELO ACOSTA PEÑA, identificado con cédula de ciudadanía No. 51.792.227 de Bogotá D.C., y con Tarjeta Profesional No. 41400-T de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal de la FEDERACIÓN NACIONAL DE SORDOS DE COLOMBIA identificada con NIT. 860.528.224-0, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la entidad ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Bogotá D.C., a los nueve (9) días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,



CONSUELO ACOSTA PEÑA
Revisora Fiscal

T.P. 41400-T
C.C. # 51.792.227 Bogotá



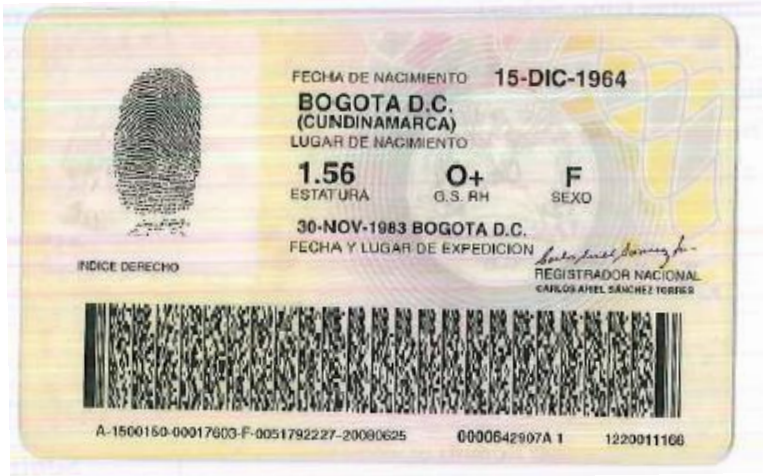
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.792.227
ACOSTA PEÑA

APELLIDOS
CONSUELO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

30-NOV-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00017603-F-0051792227-20080625 0000642907A 1 1220011166

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



41400-T

CONSUELO
ACOSTA PEÑA
C.C. 51792227
RESOLUCION INSCRIPCION 001 FECHA 19/01/95
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

Presidente

00049453

CARVAJAL S.A. 02/92-20005

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

SOLICITUD
Prestación del servicio de interpretación para personas sordas y sordociegas
Contrato No. 11010282025

FECHA DE SOLICITUD	Día	Mes	Año
	1	09	2025

INFORMACIÓN GENERAL	
NÚMERO DE SIM DE LA PETICIÓN Y/O BENEFICIARIO (A):	1764449586 peticionaria: Yenit Carolina Parra
INCIALES O NOMBRE DEL NNAJ BENEFICIARIO de Solicitud de Restablecimiento de Derechos, o Proceso Restablecimiento de Derechos o Trámite de Atención extraprocesal:	Dylan Samuel Rodríguez Parra
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL NNAJ	TI 1146141461

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO SOLICITADO	
Modalidad de Intérprete requerida: Sordo_X_ Sordociego_____	
NOMBRE DE QUIEN (Beneficiario/usuario) REQUIERE EL SERVICIO DE INTÉRPRETE:	Yenit Carolina Parra (Progenitora) Duván Camilo Rodríguez (Progenitor)
No. DOCUMENTO DE QUIEN REQUIERE EL SERVICIO DE INTÉRPRETE:	C.C. 52290976 CC 1033753526
PARENTESCO CON EL NNAJ:	Progenitores
DIRECCIÓN DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO:	CZ Bosa, Calle 64 sur # 80- 21 Bosa Centro
BARRIO / LOCALIDAD:	Barrio Bosa Centro, Localidad Bosa

FECHA PARA LA QUE SE REQUIERE EL SERVICIO:	11 de septiembre de 2025		
HORA DE INICIO:	**2:00 pm**	**HORA APROXIMADA DE TERMINACIÓN:**	**3:30pm**
TEMA QUE SE ABORDARÁ DURANTE EL SERVICIO:	Atención a la petición TAE: "Se acerca a la Dirección de Servicios y Atención de la Sede Nacional del ICBF, peticionaria Yenit Carolina Parra, fecha de nacimiento 19/04/1982 de 42 años, identificada con C.C. 52290976, con número de contacto 3059393921, correo electrónico yenitparra19@gmail.com, quien reside en barrio San Francisco, Ciudad Bolívar, Bogotá. En calidad de progenitora del menor de edad, Dylan Samuel Rodríguez Parra, de 7 años, identificado con TI 1146141461, ubicado en carrera 92 #72 sur 41, casa 217, Bosa El Recreo, Bogotá. Indica que desea generar una revisión a la custodia, visitas y alimentos de su hijo, dado que desea volver a tener la custodia de su hijo, pues esta fue entregada a la abuela materna, desconoce en qué entidad. Explica que el papá del niño está de acuerdo que ella sea la cuidadora principal. Indica que se compromete a entregar las boletas de citación al papá del menor de edad y si es necesario a la abuela materna. Aporta datos de la abuela materna del menor de edad Martina Parra Parra, de 60 años aproximadamente, ubicada en la misma dirección del menor de edad, brinda número de teléfono 3244502319 y del progenitor Duván Camilo Rodríguez Flautero, de 29 años, identificado con CC 1033753526 y número de contacto 3132614352."		

OBSERVACIONES:

DATOS DEL SOLICITANTE	
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O COLABORADOR DEL ICBF QUE SOLICITA EL SERVICIO:	**MARTA ELENA RAMIREZ CRUZ**

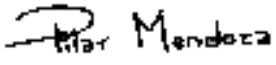
CARGO:	**PSICOLOGA DE EQUIPO DE DEFENSORÍA DE ASUNTOS EXTRAPROCESALES**
TELÉFONO DE CONTACTO:	6014377630
CORREO ELECTRÓNICO:	**marta.ramirez@icbf.com**
CENTRO ZONAL:	**Bosa**
FIRMA:	

CERTIFICACIÓN
Prestación del servicio de interpretación para personas sordas y sordociegas
Contrato No.11010282025

FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Día	Mes	Año
	09	09	2025

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO CERTIFICADO					
NÚMERO DE SIM DE LA PETICIÓN Y/O BENEFICIARIO (A):	**14457951**		**Nombre o Iniciales del NNAJ beneficiario del PRD o Trámite de Atención extraprocesal**	**S.V.H.R**	
HORA DE INICIO:	10:00 am	**HORA FINALIZACIÓN:**	11:00 am	**TIEMPO DE DURACIÓN DEL SERVICIO**	1:00

DATOS DEL SOLICITANTE QUIEN CERTIFICA EL SERVICIO			
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O COLABORADOR DEL ICBF QUE SOLICITA EL SERVICIO:	María Fernanda Bernal Castro		
CARGO:	**Defensora de Familia**	**TELÉFONO DE CONTACTO**	**3014309174**
CENTRO ZONAL/DEPENDENCIA:	KENNEDY/REGIONAL BOGOTÁ		
FIRMA			
COORDINADOR CENTRO ZONAL			
NOMBRE:	**SINDY TATIANA GALLEGO SILVA**		
FIRMA			

DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO			
NOMBRES Y APELLIDOS	Rocío del Pilar Mendoza Roncancio	**No. DE DOCUMENTO**	51911884
FIRMA:			
DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO			
NOMBRES Y APELLIDOS	David Ernesto Calero Cermeño	**No. DE DOCUMENTO**	7690951
FIRMA:			

Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

FIRMA (S) DE LO (S) USUARIO (A) (S) QUIEN RECIBIÓ DEL SERVICIO	
USUARIO (A)	
USUARIO (A)	*Ricardo H*
USUARIO (A)	

EVALUACIÓN DEL SERVICIO								
CALIDAD DEL SERVICIO:	**EXCELENTE**	**X**	**BUENO**		**REGULAR**		**DEFICIENTE**	
OBSERVACIONES:								

Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

BIENESTAR FAMILIAR

CERTIFICACIÓN

Prestación del servicio de interpretación para personas sordas y sordociegas

Contrato No. 11 01 028 2025

FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Día	Mes	Año
	11	09	2025

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO CERTIFICADO

NÚMERO DE SIM DE LA PETICIÓN Y/O BENEFICIARIO (A):	1764449586		Nombre o Iniciales del NNAJ beneficiario del PRD o Trámite de Atención extraprocesal	DSRP.	
HORA DE INICIO:	2:00 PM	HORA FINALIZACIÓN:	3:30 PM	TIEMPO DE DURACIÓN DEL SERVICIO	1 h y media

DATOS DEL SOLICITANTE QUIEN CERTIFICA EL SERVICIO

NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O COLABORADOR DEL ICBF QUE SOLICITA EL SERVICIO:	Marta Elena Ramírez Cruz		
CARGO:	Profesional Universitario	TELÉFONO DE CONTACTO	3193702417
CENTRO ZONAL/DEPENDENCIA:	Bosa		
FIRMA			

COORDINADOR CENTRO ZONAL

NOMBRE:	Tobías González Arteaga
FIRMA	

DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO

NOMBRES Y APELLIDOS	María Paula Cardenas Rojas	No. DE DOCUMENTO	1.074.808.016
FIRMA:	Paula Rojas		

DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO

Powered by CamScanner

NOMBRES Y APELLIDOS	GLORIA CAMARGO B	No. DE DOCUMENTO	52211586
FIRMA:			

FIRMA (S) DE LO (S) USUARIO (A) (S) QUIEN RECIBIÓ DEL SERVICIO	
USUARIO (A)	Yenit carolina Parra
USUARIO (A)	
USUARIO (A)	

CALIDAD DEL SERVICIO:	EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
		X						

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CERTIFICACIÓN

Prestación del servicio de interpretación para personas sordas y sordociegas

Contrato No._____

FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Día	Mes	Año
	29	SEPTEMBRE	2025

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO CERTIFICADO					
NÚMERO DE SIM DE LA PETICIÓN Y/O BENEFICIARIO (A):	1764756229		**Nombre o Iniciales del NNAJ beneficiario del PRD o Trámite de Atención extraprocesal**	**J.A.I.V.**	
HORA DE INICIO:	2:00 PM	**HORA FINALIZACIÓN:**	5:00 P.M	**TIEMPO DE DURACIÓN DEL SERVICIO**	3 HORAS

DATOS DEL SOLICITANTE QUIEN CERTIFICA EL SERVICIO			
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O COLABORADOR DEL ICBF QUE SOLICITA EL SERVICIO:	JOHANNA PATRICIA BENITEZ PAEZ		
CARGO:	DEFENSORA DE FAMILIA	**TELÉFONO DE CONTACTO**	6014377630
CENTRO ZONAL/DEPENDENCIA:	CENTRO ZONAL KENNEDY		
FIRMA			
COORDINADOR CENTRO ZONAL			
NOMBRE:	SINDY TATIANA GALLEGO SILVA		
FIRMA			

DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO			
NOMBRES Y APELLIDOS	SONIA JULIETH CUBILLOS NIÑO	**No. DE DOCUMENTO**	**52310368**
FIRMA:			

DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO			
NOMBRES Y APELLIDOS	OLGA LUCÍA BUITRAGO	No. DE DOCUMENTO	CC. 52315001
FIRMA:	Olga Buitrago		

FIRMA (S) DE LO (S) USUARIO (A) (S) QUIEN RECIBIÓ DEL SERVICIO	
USUARIO (A)	Jessica Alexandra Izasa Valderrama
USUARIO (A)	Yohana Valderrama
USUARIO (A)	

CALIDAD DEL SERVICIO:	EXCELENTE	X	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
OBSERVACIONES:								

CERTIFICACIÓN

Prestación del servicio de interpretación para personas sordas y sordociegas
Contrato No._____

FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Día	Mes	Año
	18	SEPTIEMBRE	2025

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO CERTIFICADO					
NÚMERO DE SIM DE LA PETICIÓN Y/O BENEFICIARIO (A):	14781914		Nombre o Iniciales del NNAJ beneficiario del PRD o Trámite de Atención extraprocesal	Jonathan Smith Garcia Niño	
HORA DE INICIO:	3:30PM	HORA FINALIZACIÓN:	4:30 PM	TIEMPO DE DURACIÓN DEL SERVICIO	1 HORA

DATOS DEL SOLICITANTE QUIEN CERTIFICA EL SERVICIO			
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O COLABORADOR DEL ICBF QUE SOLICITA EL SERVICIO:	ENRIQUE TOBAR ROJAS		
CARGO:	DEFENSOR DE FAMILIA	TELÉFONO DE CONTACTO	EXT 14005
CENTRO ZONAL/DEPENDENCIA:	CENTRO ZONAL USAQUEN		
FIRMA			
COORDINADOR CENTRO ZONAL			
NOMBRE:	MONICA AISCHELL DAZA		
FIRMA			

DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO			
NOMBRES Y APELLIDOS	Rocío del Pilar Mendoza Roncancio	No. DE DOCUMENTO	C.C 51911884
FIRMA:			

DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO			
NOMBRES Y APELLIDOS	David Ernesto Calero Cermeño	No. DE DOCUMENTO	C.C 7690951
FIRMA:			

FIRMA (S) DE LO (S) USUARIO (A) (S) QUIEN RECIBIÓ DEL SERVICIO	
USUARIO (A)	
USUARIO (A)	
USUARIO (A)	

CALIDAD DEL SERVICIO:	EXCELENTE	X	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
OBSERVACIONES:								

CERTIFICACIÓN
Prestación del servicio de interpretación para personas sordas y sordociegas
Contrato No.11010282025

FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Día	Mes	Año
	22	09	2025

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO CERTIFICADO					
NÚMERO DE SIM DE LA PETICIÓN Y/O BENEFICIARIO (A):	14457951		Nombre o Iniciales del NNAJ beneficiario del PRD o Trámite de Atención extraprocesal	S.V.H.R	
HORA DE INICIO:	11:00 am	HORA FINALIZACIÓN:	02:00 p.m	TIEMPO DE DURACIÓN DEL SERVICIO	3 horas

DATOS DEL SOLICITANTE QUIEN CERTIFICA EL SERVICIO			
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O COLABORADOR DEL ICBF QUE SOLICITA EL SERVICIO:	María Fernanda Bernal Castro		
CARGO:	Defensora de Familia	TELÉFONO DE CONTACTO	3014309174
CENTRO ZONAL/DEPENDENCIA:	KENNEDY/REGIONAL BOGOTÁ		
FIRMA			
COORDINADOR CENTRO ZONAL			
NOMBRE:	SINDY TATIANA GALLEGO SILVA		
FIRMA			

DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO			
NOMBRES Y APELLIDOS	OLGA LUCIA BUITRAGO CASA	No. DE DOCUMENTO	52315001
FIRMA:			
DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO			
NOMBRES Y APELLIDOS	GLORIA CAMARGO BONILLA	No. DE DOCUMENTO	52211586
FIRMA:			

FIRMA (S) DE LO (S) USUARIO (A) (S) QUIEN RECIBIÓ DEL SERVICIO	
USUARIO (A)	
USUARIO (A)	
USUARIO (A)	

EVALUACIÓN DEL SERVICIO								
CALIDAD DEL SERVICIO:	EXCELENTE	X	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
OBSERVACIONES:								

SOLICITUD
Prestación del servicio de interpretación para personas sordas y sordociegas
Contrato No. _____

FECHA DE SOLICITUD	Día	Mes	Año
	27	08	2025

INFORMACIÓN GENERAL	
NÚMERO DE SIM DE LA PETICIÓN Y/O BENEFICIARIO (A):	14781914
INCIALES O NOMBRE DEL NNAJ BENEFICIARIO de Solicitud de Restablecimiento de Derechos, o Proceso Restablecimiento de Derechos o Trámite de Atención extraprocesal:	Jonathan Smith Garcia Niño
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL NNAJ	T.I No 1028402579

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO SOLICITADO	
Modalidad de Intérprete requerida: Sordo__X__ Sordociego_____	
NOMBRE DE QUIEN (Beneficiario/usuario) REQUIERE EL SERVICIO DE INTÉRPRETE:	Jhon Carlos Garcia Anzola Ana Yey Niño Saavedra
No. DOCUMENTO DE QUIEN REQUIERE EL SERVICIO DE INTÉRPRETE:	17783808 de El Doncello 1020777054 de Bogota
PARENTESCO CON EL NNAJ:	PROGENITORES
DIRECCIÓN DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO:	CENTRO ZONAL USAQUEN
BARRIO / LOCALIDAD:	BARRIO PANTANITOS, LOCALIDAD DE USAQUEN

FECHA PARA LA QUE SE REQUIERE EL SERVICIO:	18 DE SEPTIEMBRE DE 2025		
HORA DE INICIO:	**3:30 PM**	**HORA APROXIMADA DE TERMINACIÓN:**	**5:00 PM**
TEMA QUE SE ABORDARÁ DURANTE EL SERVICIO:	AUDIENCIA DE PRUEBAS Y FALLO		

OBSERVACIONES:

DATOS DEL SOLICITANTE	
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O COLABORADOR DEL ICBF QUE SOLICITA EL SERVICIO:	**ENRIQUE TOBAR ROJAS**
CARGO:	**DEFENSOR DE FAMILIA**
TELÉFONO DE CONTACTO:	**EXT: 140005**
CORREO ELECTRÓNICO:	**Enrique.tobar@icbf.gov.co**
CENTRO ZONAL:	**USAQUEN**
FIRMA:	

SOLICITUD
Prestación del servicio de interpretación para personas sordas y sordociegas
Contrato No. _____

FECHA DE SOLICITUD	Día	Mes	Año
	23	SEPTIEMBRE	2025

INFORMACIÓN GENERAL	
NÚMERO DE SIM DE LA PETICIÓN Y/O BENEFICIARIO (A):	1764756229
INCIALES O NOMBRE DEL NNAJ BENEFICIARIO de Solicitud de Restablecimiento de Derechos, o Proceso Restablecimiento de Derechos o Trámite de Atención extraprocesal:	JESSICA ALEXANDRA IZASA VALDERRAMA
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL NNAJ	T.I. N. 1141321835

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO SOLICITADO	
Modalidad de Intérprete requerida: Sordo_X___ Sordociego_____	
NOMBRE DE QUIEN (Beneficiario/usuario) REQUIERE EL SERVICIO DE INTÉRPRETE:	NNA JESSICA ALEXANDRA IZASA VALDERRAMA
No. DOCUMENTO DE QUIEN REQUIERE EL SERVICIO DE INTÉRPRETE:	T.I. N. 1141321835
PARENTESCO CON EL NNAJ:	BENEFICIARIO
DIRECCIÓN DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO:	CENTRO ZONAL KENNEDY - Calle 38 C Sur # 72 A -12
BARRIO / LOCALIDAD:	BARRIO CAMILO TORRES

FECHA PARA LA QUE SE REQUIERE EL SERVICIO:	29 de septiembre de 2025		
HORA DE INICIO:	**2:00 P.M**	**HORA APROXIMADA DE TERMINACIÓN:**	**5:00 P.M**
TEMA QUE SE ABORDARÁ DURANTE EL SERVICIO:	VERIFICACION DE DERECHOS		

OBSERVACIONES:
La beneficiaria requiere valoración por las áreas de Psicología, nutrición y Trabajo Social y acompañamiento para la apertura de proceso de restablecimiento de derechos.

DATOS DEL SOLICITANTE	
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O COLABORADOR DEL ICBF QUE SOLICITA EL SERVICIO:	**JOHANNA PATRICIA BENITEZ PAEZ**
CARGO:	**DEFENSORA DE FAMILIA**
TELÉFONO DE CONTACTO:	**3014710955**
CORREO ELECTRÓNICO:	**Johana.benitez@icbf.gov.co**
CENTRO ZONAL:	**KENNEDY**
FIRMA:	

SOLICITUD
Prestación del servicio de interpretación para personas sordas y sordociegas
Contrato No. _____

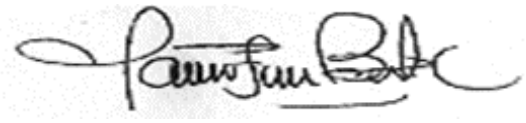
FECHA DE SOLICITUD	Día	Mes	Año
	09	09	2025

INFORMACIÓN GENERAL	
NÚMERO DE SIM DE LA PETICIÓN Y/O BENEFICIARIO (A):	14457951
INCIALES O NOMBRE DEL NNAJ BENEFICIARIO de Solicitud de Restablecimiento de Derechos, o Proceso Restablecimiento de Derechos o Trámite de Atención extraprocesal:	S.V.H.R
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL NNAJ	T.I 1011329180

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO SOLICITADO	
Modalidad de Intérprete requerida: Sordo__X__ Sordociego_____	
NOMBRE DE QUIEN (Beneficiario/usuario) REQUIERE EL SERVICIO DE INTÉRPRETE:	Yamile Andrea Reyes Villa-Ricardo Higuera
No. DOCUMENTO DE QUIEN REQUIERE EL SERVICIO DE INTÉRPRETE:	C.C. 1032394424-80140802
PARENTESCO CON EL NNAJ:	PROGENITORA-PROGENITOR
DIRECCIÓN DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO:	CENTRO ZONAL KENNEDY-CALLE 38 C SUR # 72 A-12
BARRIO / LOCALIDAD:	CAMILO TORRES

FECHA PARA LA QUE SE REQUIERE EL SERVICIO:	22 DE SEPTEIMBRE DE 2025		
HORA DE INICIO:	**11:00 A.M.**	**HORA APROXIMADA DE TERMINACIÓN:**	**01:00 P.M.**
TEMA QUE SE ABORDARÁ DURANTE EL SERVICIO:	CONCILIACIÓN REVISIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE CUOTA DE ALIMENTOS		

OBSERVACIONES:
Se solicita servicio de interprete presencial para el día 22 de septiembre de 2025 a las 11:00 a.m., teniendo en cuenta que el día de hoy se llevo a cabo audiencia con el apoyo de interprete de manera virtual, sin embargo las partes por ser ambos sordos solicitaron que el acompañamiento se pudiera hacer presencial para mayor claridad y entendimiento de la diligencia. Así mismo por solicitud de las partes se requiere que los interpretes DAVID CALERO Y ROCIO DEL PILAR MENDOZA RONCANCIO, continúen con el acompañamiento por estar presentes en la diligencia el día de hoy.

DATOS DEL SOLICITANTE	
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O COLABORADOR DEL ICBF QUE SOLICITA EL SERVICIO:	**MARIA FERNANDA BERNAL CASTRO**
CARGO:	**DEFENSORA DE FAMILIA**
TELÉFONO DE CONTACTO:	**3014309174**
CORREO ELECTRÓNICO:	**Maria.bernal@icbf.gov.co**
CENTRO ZONAL:	**KENNEDY**
FIRMA:	

SÉPTIMO INFORME DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 11010282025 DE 2025
MES DE SEPTIEMBRE 2025

En el marco del contrato No. 11010282025 de 2025 entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF Regional Bogotá y la Federación Nacional de Sordos de Colombia – FENASCOL, que tiene como objeto: *"Prestar servicios de interpretación en lengua de señas colombiana para población beneficiaria de ICBF Regional Bogotá - vigencia 2025 que se encuentre en proceso administrativo de restablecimiento de derechos o en trámites extraprocesales."*

Las obligaciones particulares del contratista se han estado cumpliendo con la prestación de los servicios de interpretación estipulados en el contrato y propuesta aprobada.

En el presente informe, se relacionan los servicios ejecutados durante el mes de septiembre del 2025.

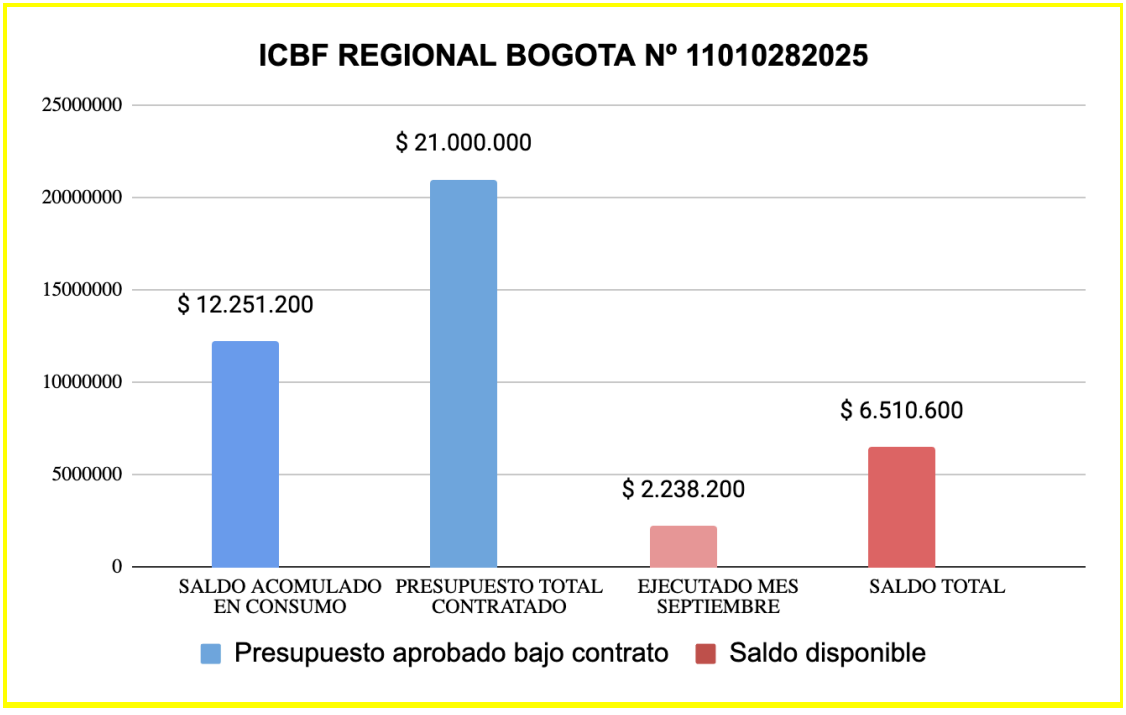
1. Información presupuestal del contrato:

RUBROS - CONTRATO No 11010282025 DE 2025	
PRESUPUESTO INICIAL DEL CONTRATO	$14.000.000
ADICIÓN DEL PRESUPUESTO	$ 7.000.000
PRESUPUESTO TOTAL CONTRATADO	$ 21.000.000
VALORES INDIVIDUALES DEL CONTRATO	
HORAS SERVICIO DE INTERPRETACIÓN SIMULTÁNEA	$ 117.800
HORAS SERVICIO DE GUÍA INTERPRETACIÓN	$ 227.000
PLAZOS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
FECHA DE INICIO	13 de marzo 2025
FECHA MÁXIMA DE EJECUCIÓN	31 de diciembre 2025

2. Ejecución del Presupuesto:

El presente informe relaciona las actividades realizadas durante el periodo comprendido entre el 1 al 30 de septiembre de 2025, para el cumplimiento de las obligaciones del contrato.

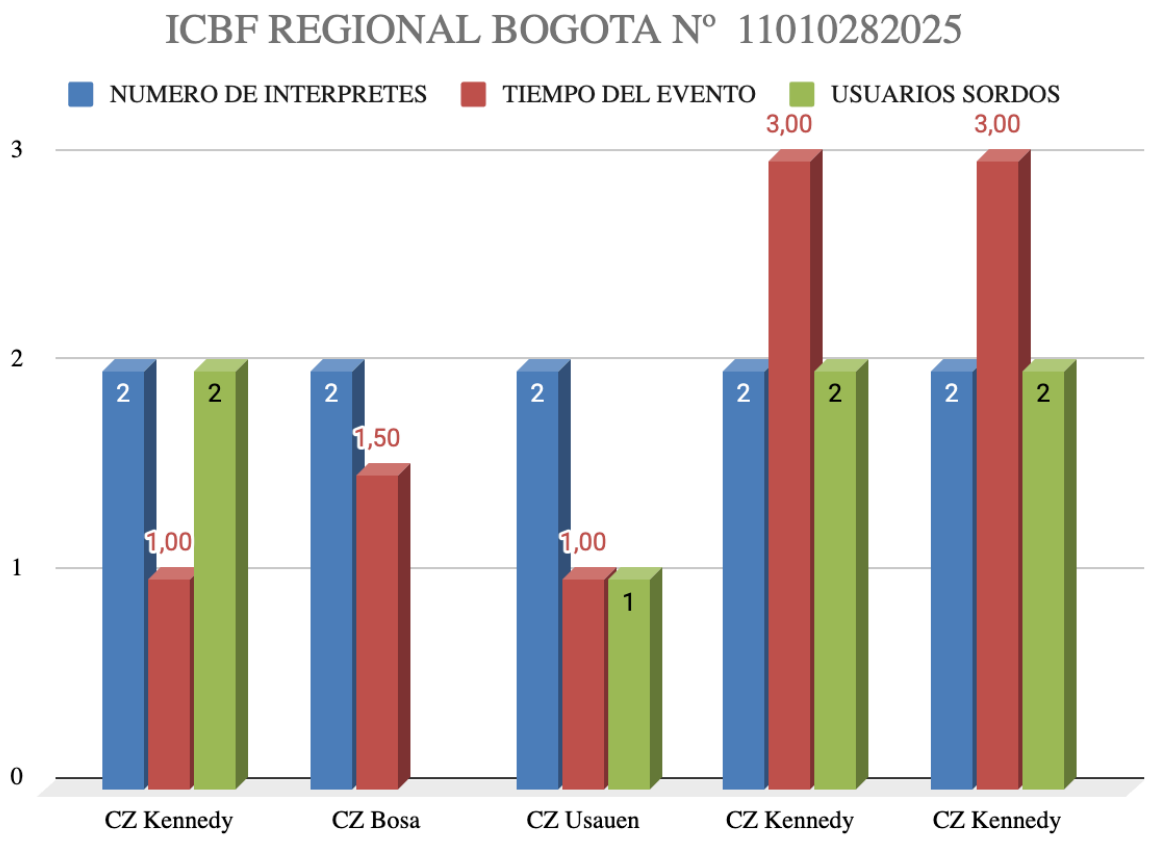
RUBROS CONTRATO Nº 11010282025	
PRESUPUESTO INICIAL	$ 14.000.000
ADICIÓN	$ 7.000.000
SALDO ACOMULADO EN CONSUMO	$ 12.251.200
PRESUPUESTO TOTAL CONTRATADO	$ 21.000.000
SALDOS DE RUBROS MES ANTERIOR	
SALDO TOTAL ANTERIOR	$ 8.748.800
EJECUTADO MESES ACTUAL	
EJECUTADO MES SEPTIEMBRE	$ 2.238.200
EJECUTADO MES ACTUAL EN UNIDADES	
HORAS EJECUTADAS SERVICIO DE INTERPRETACIÓN EVENTOS	19,00
VALOR EN UNIDADES	
VALOR POR HORA INTERPRETACIÓN	$ 117.800
VALOR POR HORA GUIA INTERPRETACION	$ 227.000
SALDO DISPONIBLE ACTUAL DE LOS RUBROS	
SALDO DISPONIBLE SERVICIO INTERPRETACIÓN	$ 6.510.600
SALDO TOTAL	**$ 6.510.600**
PORCENTAJE DISPONIBLE	31,00%
PORCENTAJE EJECUTADO	69,00%



3. Tiempo ejecutado servicio de interpretación:

De acuerdo a las solicitudes recibidas y aprobadas por el supervisor del contrato, se prestó un total de cinco (5) servicios de interpretación en Lengua de Señas Colombiana LSC para los días mencionados a continuación, los cuales se desarrollaron bajo la modalidad presencial.

ICBF REGIONAL BOGOTA Nº. 11010282025								
PERIODO: 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE								
No.	TEMA DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO	HORA INICIO	HORA FINAL	N. INTER	TIEMPO DEL EVENTO	VALOR HORA	VALOR DEL SERVICIO
1	CZ Kennedy	9/09/2025	10:00:00	11:00:00	1	1:00:00	$ 117.800	$ 117.800
			10:00:00	11:00:00	1	1:00:00	$ 117.800	$ 117.800
2	CZ Bosa	11/09/2025	14:00:00	15:30:00	1	1:30:00	$ 117.800	$ 176.700
			14:00:00	15:30:00	1	1:30:00	$ 117.800	$ 176.700
3	CZ Usaquen	18/09/2025	15:30:00	16:30:00	1	1:00:00	$ 117.800	$ 117.800
			15:30:00	16:30:00	1	1:00:00	$ 117.800	$ 117.800
4	CZ Kennedy	22/09/2025	11:00:00	14:00:00	1	3:00:00	$ 117.800	$ 353.400
			11:00:00	14:00:00	1	3:00:00	$ 117.800	$ 353.400
5	CZ Kennedy	29/09/2025	14:00:00	17:00:00	1	3:00:00	$ 117.800	$ 353.400
			14:00:00	17:00:00	1	3:00:00	$ 117.800	$ 353.400
	TOTAL SERVICIOS				**10,0**	**19:00:00**		**$ 2.238.200**



Se llevaron a cabo los ajustes comunicativos en los procesos judiciales descritos anteriormente, donde fueron atendidos un total de 7 personas pertenecientes a la comunidad sorda, asistieron un total de 10 intérpretes de Lengua de señas Colombiana.

El presente informe se presenta a los 9 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente;

Yury M. Rubio
Área de interpretación
FENASCOL