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			13 (día) noviembre (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	8 DE 10
VALOR A PAGAR	$ 589.000,00	EN LETRAS	QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) octubre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) octubre (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 GESTION EN EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y/O ADMINISTRACION DE JUSTICIA	174825	27	C-4602-1500-10-7040040-4602014-02	112	A 02-02-02-009-007-09	$ 589.000,00

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

2.2. INFORMACIÓN BANCARIA

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

3. OBSERVACIONES

Factura numero FVE-5366 Correspondiente a la Oferta No 11010282025, Octavo pago, servicios prestados entre el 1 al 31 de octubre 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	$ 589.000,00	
GASTOS DE INVERSION INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 589.000,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 589.000,00	

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 INTERNO DE TRABAJO PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
SANDRA MILENA AVENDAÑO BUSTOS	TECNICO ADMINISTRATIVO	BOGOTÁ	GRUPO INTERNO DE TRABAJO PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
VIVIANA ANDREA ESGUERRA BOHORQUEZ	TECNICO ASISTENCIAL	BOGOTÁ	GRUPO INTERNO DE TRABAJO PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DAVID ALEJANDRO BENAVIDES RIVERA	GRUPO INTERNO DE TRABAJO PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS		

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

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. 5366

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**
06/11/2025	06/12/2025

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	5,000	Und.	$ 98.992	19%	$ 18.808	$ 494.958

Total líneas o ítems: 1

Valor en Letras

QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**$ 494.958**
DESCUENTO	**$ 0**
IVA	**$ 94.042**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**$ 589.000**
RETEFUENTE	**$ 0**
RETEIVA	**$ 0**
RETEICA	**$ 0**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**$ 589.000**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 06/11/2025 10:27:32

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

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: c9834bb6cf7d0d3805de06fa6f3b1da8ac9ba72a5364db0d70065c1ba2c3f8edff3d9dd2424c402775392f1ee7eb27e7 --Fecha y Hora de Expedición : 06/11/2025 10:29:14 a. m.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
c9834bb6cf7d0d3805de06fa6f3b1da8ac9ba72a5364db0d70065c1ba2c3f8edff3d9dd2424c402775392f1ee7eb27e7

Número de Factura: FVE-5366
Fecha de Emisión: 06/11/2025
Fecha de Vencimiento: 06/12/2025
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	5,00	$ 98.991,60	$ 0,00	$ 0,00	$ 94.042,02	19.00			$ 494.957,98

Notas Finales

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

Datos Totales



Documento generado el:
06/11/2025 10:19:12
Documento validado por la DIAN:
06/11/2025 10:29:13
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	494.957,98
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	494.957,98
IVA	94.042,02
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	94.042,02
Total neto factura (=)	589.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 589.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS
Anticipos

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

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

Factura electrónica

DIAN

CUFE:
c9834bb6cf7d0d3805de06fa6f3b1da8ac9ba72a5364db0d70065c1ba2c3f8edff3d9dd2424c402775392f1ee7eb27e7

Factura electrónica
Serie: FVE
Folio: 5366
Fecha de emisión de la factura Electrónica: 06-11-2025

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: $94,042
Total: $589,000

ESTADO EN EL REGISTRO DE FACTURAS ELECTRÓNICAS

Factura Electrónica

Legítimo Tenedor actual: FEDERACION NACIONAL DE SORDOS DE COLOMBIA

DESCARGAR CARPETA ZIP | CONSULTAR PDF DIAN

Filtros de la Consulta

Fecha inicio consulta: 04/11/2025

Fecha final consulta: 07/11/2025

Proveedor:

Número de Identificación: 860528224

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	FVE5366	2025-11-06	$589.000,00

DESCARGAR CARPETA ZIP | CONSULTAR PDF DIAN

Filtros de la Consulta

Fecha inicio consulta: 04/11/2025

Fecha final consulta: 07/11/2025

Proveedor:

Número de Identificación: 860528224

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
2025-11-06	$589.000,00	2025-11-06	Aceptada	2025-11-07	cesar.cruz@icbf.gov.co	Aprobada

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE PROTECCIÓN
ICBF REGIONAL BOGOTÁ

CERTIFICA

Que, **la Federación Nacional de Sordos de Colombia - FENASCOL.**, durante el mes de **OCTUBRE de 2025** prestó UN (1) servicio de interpretación en Lengua de Señas Colombiana con un total de CINCO HORAS Y TREINTA MINUTOS (5,30), las cuales se relacionan a continuación:

No	CENTRO ZONAL	NNA	SIM	FECHA DEL SERVICIO	HORA INICIO	HORA FINAL	HORAS CERTIFICADAS*	Número de INTÉRPRETES
1	BOSA	Emmanuel David Garcia Martinez	140156893	06/10/2025	8:00am	10:30am	5,30	1
				06/10/2025	8:00am	10:30am		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 seis días del mes de noviembre de dos mil veinticinco (06/11/2025).

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		6-11-25
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 cuatro (04) días del mes de noviembre de 2025.

Cordialmente,

CONSUELO ACOSTA PEÑA
Revisor Fiscal

T.P. 41400-T
C.C. # 51.792.227 Bogotá



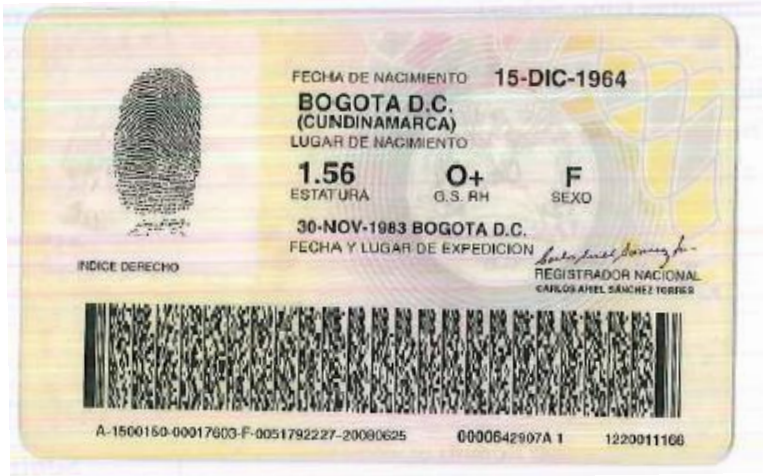
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

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.

OCTAVO INFORME DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 11010282025 DE 2025
MES DE OCTUBRE 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 octubre del 2025.

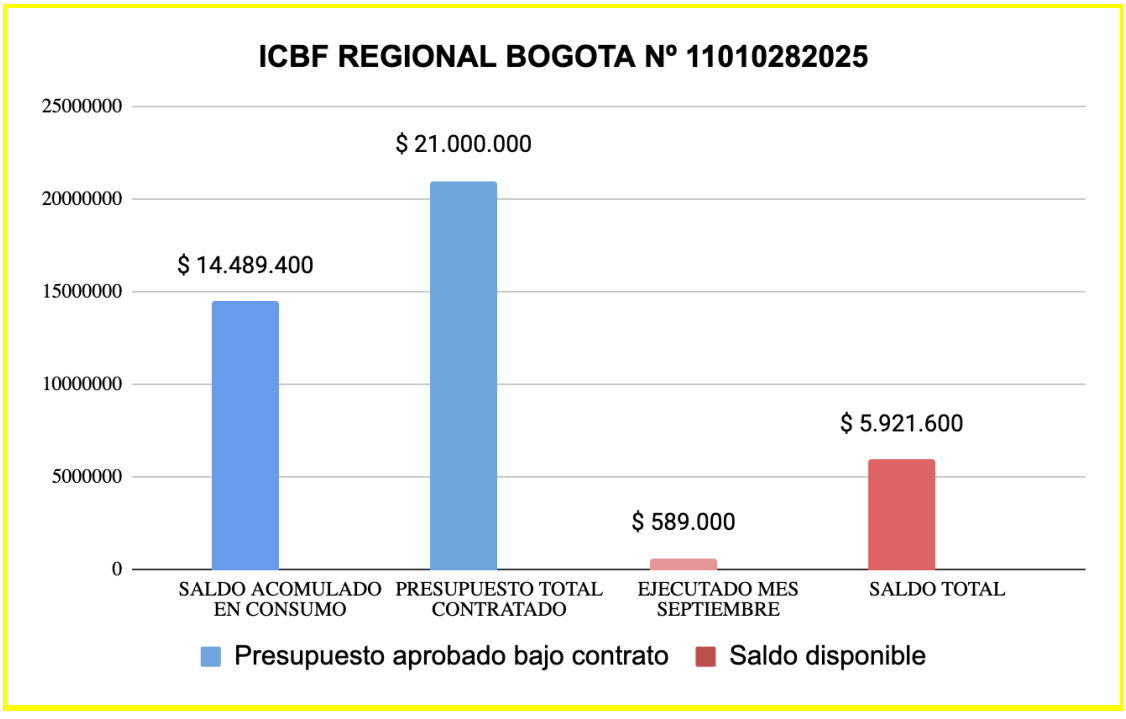
1. Información presupuestal del contrato:

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 31 de octubre de 2025, para el cumplimiento de las obligaciones del contrato.

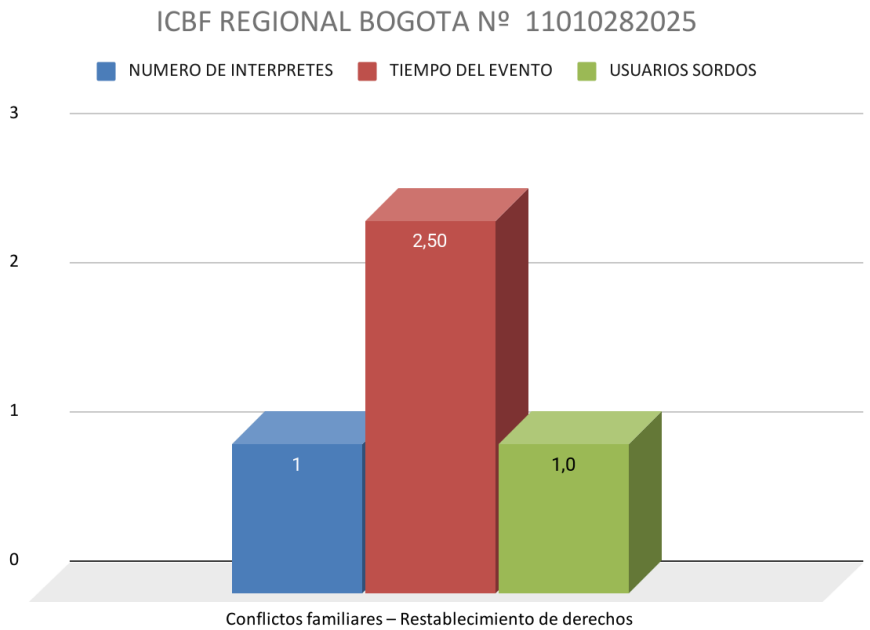
RUBROS CONTRATO Nº 11010282025	
PRESUPUESTO INICIAL	$ 14.000.000
ADICIÓN	$ 7.000.000
SALDO ACOMULADO EN CONSUMO	$ 14.489.400
PRESUPUESTO TOTAL CONTRATADO	$ 21.000.000
SALDOS DE RUBROS MES ANTERIOR	
SALDO TOTAL ANTERIOR	$ 6.510.600
EJECUTADO MESES ACTUAL	
EJECUTADO MES OCTUBRE	$ 589.000
EJECUTADO MES ACTUAL EN UNIDADES	
HORAS EJECUTADAS SERVICIO DE INTERPRETACIÓN EVENTOS	5,00
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	$ 5.921.600
SALDO TOTAL	**$ 5.921.600**
PORCENTAJE DISPONIBLE	28,20%
PORCENTAJE EJECUTADO	71,80%



3. Tiempo ejecutado servicio de interpretación:

De acuerdo a las solicitudes recibidas y aprobadas por el supervisor del contrato, se prestó un total de un (1) servicio de interpretación en Lengua de Señas Colombiana LSC para el día mencionado a continuación, los cuales se desarrollaron bajo la modalidad presencial.

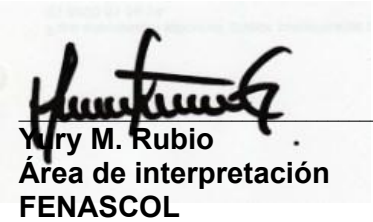
ICBF REGIONAL BOGOTA Nº. 11010282025								
PERIODO: 1 AL 31 DE OCTUBRE								
No.	**TEMA DEL SERVICIO**	**FECHA DEL SERVICIO**	**HORA INICIO**	**HORA FINAL**	**N. INTER**	**TIEMPO DEL EVENTO**	**VALOR HORA**	**VALOR DEL SERVICIO**
1	Conflictos familiares – Restablecimiento de derechos	6/10/2025	8:00:00	10:30:00	1	2:30:00	$ 117.800	$ 294.500
			8:00:00	10:30:00	1	2:30:00	$ 117.800	$ 294.500
	TOTAL SERVICIOS				**2,0**	**5:00:00**		**$ 589.000**



Se llevaron a cabo los ajustes comunicativos en los procesos judiciales descritos anteriormente, donde fueron atendidos un total de 1 persona pertenecientes a la comunidad sorda, asistieron un total de 2 intérpretes de Lengua de señas Colombiana.

El presente informe se presenta a los 5 días del mes de noviembre de 2025.

Cordialmente;



Yury M. Rubio
Área de interpretación
FENASCOL

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

FECHA DE SOLICITUD	Día	Mes	Año
	29	Septiembre	2025

INFORMACIÓN GENERAL	
NÚMERO DE SIM DE LA PETICIÓN Y/O BENEFICIARIO (A):	**140156893**
INCIALES O NOMBRE DEL NNAJ BENEFICIARIO de Solicitud de Restablecimiento de Derechos, o Proceso Restablecimiento de Derechos o Trámite de Atención extraprocesal:	E.D.G.M
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL NNAJ	RC 1023422277

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO SOLICITADO	
Modalidad de Intérprete requerida:	**Sordo__X__ Sordociego_____**
NOMBRE DE QUIEN (Beneficiario/usuario) REQUIERE EL SERVICIO DE INTÉRPRETE:	Angie Julieth Martinez Martinez
No. DOCUMENTO DE QUIEN REQUIERE EL SERVICIO DE INTÉRPRETE:	1023950910
PARENTESCO CON EL NNAJ:	Progenitora
DIRECCIÓN DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO:	Cl 64 sur # 80 - 21
BARRIO / LOCALIDAD:	Bosa Centro / Bosa

FECHA PARA LA QUE SE REQUIERE EL SERVICIO:	06 de octubre de 2025		
HORA DE INICIO:	**08:00 am**	**HORA APROXIMADA DE TERMINACIÓN:**	**10:00 am**
TEMA QUE SE ABORDARÁ DURANTE EL SERVICIO:	CONFLICTOS FAMILIARES.		

OBSERVACIONES:
Servicio: Presencia para la Convivencia y el Fortalecimiento de Vínculos Familiares y Comunitarios.

DATOS DEL SOLICITANTE	
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O COLABORADOR DEL ICBF QUE SOLICITA EL SERVICIO:	**Mariana Alejandra Agudelo Novoa**
CARGO:	**Trabajadora Social**
TELÉFONO DE CONTACTO:	**3013987239**
CORREO ELECTRÓNICO:	**Mariana.agudelon@icbf.gov.co**
CENTRO ZONAL:	**Bosa**
FIRMA:	

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Cecilia De la Fuente de Lleras

Regional Bogotá
Grupo de Protección
Pública

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

BIENESTAR FAMILIAR

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

FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Día	Mes	Año
	06	10	2025

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO CERTIFICADO						
NÚMERO DE SIM DE LA PETICIÓN Y/O BENEFICIARIO (A):	140156893		Nombre o Iniciales del NNAJ beneficiario del PRD o Trámite de Atención extraprocesal	E.D.G.M.		
HORA DE INICIO:	8:00 am	HORA FINALIZACIÓN:	10:30 am.	TIEMPO DE DURACIÓN DEL SERVICIO	2 h. 30 Mn	

DATOS DEL SOLICITANTE QUIEN CERTIFICA EL SERVICIO			
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO O COLABORADOR DEL ICBF QUE SOLICITA EL SERVICIO:	Mariana Alejandra Agudelo Novoa		
CARGO:	Trabajo Social	TELÉFONO DE CONTACTO	3013987239
CENTRO ZONAL/DEPENDENCIA:	Centro Zonal Bosa		
FIRMA			
COORDINADOR CENTRO ZONAL			
NOMBRE:	Tobias Gonzalez Manchego		
FIRMA			

DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO			
NOMBRES Y APELLIDOS	Sonia Julieth Cubillo Niño	No. DE DOCUMENTO	52.310.368
FIRMA:			
DATOS DEL(LOS) INTÉRPRETE(S) QUE PRESTÓ(TARON) EL SERVICIO			
NOMBRES Y APELLIDOS	Olga Zamudio	No. DE DOCUMENTO	52315001
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: Contar con el apoyo de Interprete LSC, permitio brindar a los usuarios una atención integral y de calidad.								