



LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría

INTEGRACIÓN SOCIAL

SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE CIUDAD BOLÍVAR**INFORME FINAL DE EJECUCIÓN DE CONTRATO****CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N.º 3281 DE 2025****CLAUDIA MILENA CASTILLO RAMOS****PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 05 FEBRERO DEL 2025 AL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2025****1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO****OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO EN LAS ACCIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SUS FAMILIAS Y SUS PERSONAS CUIDADORAS EN LOS SERVICIOS SOCIALES Y ACCIONES MISIONALES DE LA SUBDIRECCIÓN PARA LA DISCAPACIDAD DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES VIGENTES.

Fecha de acta de inicio	05 de febrero de 2025
Fecha de terminación	19 de septiembre de 2025
Modificación 1:	PRORROGAR el plazo de ejecución establecido en el citado contrato por el término de UN (1) MES, contado a partir del día siguiente al vencimiento del término contractual previsto desde la fecha de inicio de la ejecución contractual establecida en el Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II y en las modificaciones a que haya habido lugar. De igual manera contados a partir de la reanudación de la ejecución del contrato luego de la suspensión indicado en la plataforma SECOP II.
PRODUCTO A ENTREGAR: Informe final de ejecución de contrato 3281 de 2025	

2: RELACION DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR OBLIGACION Y MEDIO DE VERIFICACIÓN OBLIGACIONES ESPECÍFICAS**OBLIGACION CONTRACTUAL N.º 1.**

1 - 1 Participar en la ejecución de actividades relacionadas con el seguimiento de rutinas y actividades de la vida diaria (AVD) de las personas con discapacidad, conforme a los lineamientos técnicos establecidos por la Subdirección para la Discapacidad.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y UBICACIÓN
<p>1.1 Durante la ejecución del contrato 3281-2025</p> <p>Durante el desarrollo del presente contrato realice actividades de lavado de manos e higiene personal a los niños, niñas y adolescentes y se orientó a sus familias cuidadoras aplicando el protocolo de bioseguridad con relación a los procesos de promoción en hábitos de higiene en casa; y en el Centro Crecer y sus familias cuidadoras.</p> <p>A los niños, niñas y adolescentes se les realizó actividades cotidianas de cómo mantener una salud estable a través del baño personal.</p> <p>Se apoyó a las actividades de los profesionales cada vez que requerían el acompañamiento.</p> <p>En el control de esfínteres y cambio de pañal, en sus respectivos horarios para dar cumplimiento al cuidado de la salud, suministrar el alimento a los NNA que no tienen la</p>	<p>1.1 Documentos digitales que reposan el siguiente correo electrónico: centrocrecerarborizadoraalta1@gmail.com en la carpeta ARCHIVO DIGITAL CENTRO CRECER ARBORIZADORA ALTA carpeta Acta y Evidencias (DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p> <p>CENTRO CRECER ECOPARQUE SIERRA MORENA, carpeta validación de condiciones – Enero a septiembre, en las DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p> <p>Documentos físicos que reposan en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del Centro Crecer Ecoparque Sierra Morena.</p>



LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
INTEGRACIÓN SOCIALSECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA
INTEGRACIÓN SOCIAL DE CIUDAD BOLÍVAR

capacidad de realizarlo solo. IMPACTO: Seguir realizando actividades de la vida diaria para que fortalezcan más sus conocimientos, y aportar a tener buenos hábitos higiénicos para su salud y bienestar.	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

OBLIGACION CONTRACTUAL Nº 2.

2 - 2 Realizar el suministro de medicamentos a los participantes que lo requieran, acorde con los soportes médicos y su respectiva actualización, realizando la recepción, almacenamiento y acompañamiento durante la administración de los mismos, cumpliendo estrictamente con las orientaciones del INVIMA y registrando evidencia del procedimiento, acorde con la normatividad vigente y los lineamientos técnicos de la Subdirección para la Discapacidad.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y UBICACIÓN
2.2 Durante la ejecución del contrato 3281-2025 Durante el desarrollo del presente contrato realice suministro de medicamento a los NNA que lo requieran, con su respectiva formulas médicas, con Buena asepsia a la hora de suministra los medicamentos a los NNA, en sus horas exactas, dosis exacta y NNA correcto. Se realizó Seguimiento a las referentes maternas e los NNA de suministro de medicamento en casa para orientar del correcto maneja de ellos en sus horarios y dosis ya que este es el que lleva a los NNA a los cambios de comportamiento y alteraciones si no son suministrados como se debe correctamente.	2.1 Documentos digitales que reposan el siguiente correo electrónico: centrocrecerarborizadoraalta1@gmail.com en la carpeta ARCHIVO DIGITAL CENTRO CRECER ARBORIZADORA ALTA capeta Acta y Evidencias (DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer. CENTRO CRECER ECOPARQUE SIERRA MORENA, carpeta validación de condiciones – Enero a septiembre, en las DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer. Documentos físicos que reposan en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del Centro Crecer Ecoparque Sierra Morena.

IMPACTO: Brindar capacitación en cuanto el manejo de los medicamentos en casa, para seguir formulas médicas, en su orden y no alterar la salud de los NNA.

CENTRO CRECER ECOPARQUE SIERRA MORENA, carpeta validación de condiciones – Enero a septiembre, en las DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA
INTEGRACIÓN SOCIAL DE CIUDAD BOLÍVAR**OBLIGACION CONTRACTUAL N° 3.**

3-3 Realizar los registros requeridos para la exploración de condiciones físicas y mentales de los participantes de acuerdo al tipo de apoyo al ingreso, la permanencia y a la salida, teniendo en cuenta la oferta de los servicios sociales y los lineamientos institucionales vigentes.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y UBICACION
<p>3.3 Durante la ejecución del contrato 3281-2025.</p> <p>Durante la ejecución de mi contrato en atención en el Centro Crecer se realizó exploración de condiciones físicas y mentales al ingreso y egreso de los niños, niñas y adolescentes, se registró en los formatos de cuidado de la salud. Así mismo se reportó cada vez que se evidenciaba alteraciones en la integridad de los niños, niñas, y adolescentes.</p>	<p>3.1 Documentos digitales que reposan el siguiente correo electrónico: centrocrecerarborizadoraalta1@gmail.com en la carpeta ARCHIVO DIGITAL CENTRO CRECER ARBORIZADORA ALTA capeta Acta y Evidencias (DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p>
<p>IMPACTO: Atender y orientar frente situaciones particulares que presentan los niños, niñas, y adolescentes, para proteger en su cuidado físico e integridad.</p>	<p>CENTRO CRECER ECOPARQUE SIERRA MORENA, carpeta validación de condiciones – Enero a septiembre, en las DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p> <p>Documentos físicos que reposan en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del Centro Crecer Ecoparque Sierra Morena.</p>

OBLIGACION CONTRACTUAL N° 4.

4 – 4 Brindar apoyo en el desarrollo de las actividades realizadas durante la prestación del servicio orientadas al fortalecimiento de habilidades y capacidades para las personas con discapacidad, sus personas cuidadoras y sus familias, en el marco de los lineamientos técnicos institucionales.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y UBICACIÓN
<p>4.4 Durante la ejecución del contrato 3281-2025 se participó y se acompañó en toda actividad del centro crecer.</p> <p>Se brinda apoyo a las actividades realizadas para los niños, niñas, y adolescentes en los componentes, que asignen realizando actividades programadas por los profesionales, y las programadas por el área de salud en las que realizo talleres de información de hábitos de higiene, cuidados de salud, lavado de manos, cepillado, presentación personal, reconocimiento y valoración de partes del cuerpo.</p> <p>En estos talleres se realiza también a cuidadores con articulaciones de salud con la sub red del sur.</p> <p>Se acompaña a los niños, niñas y adolescentes en actividades de festejo, celebración del día de la madre, se acompaña a la fundación de funca a desarrollar actividades sensoriales, lúdicas, y de salud oral.</p> <p>Realice el papel de gallina en la obra de teatro la vaca Ana, se participó en la huerta sembrando, como en taller de aprendiendo mi cuidado, en la</p>	<p>4.1 Documentos digitales que reposan el siguiente correo electrónico: centrocrecerarborizadoraalta1@gmail.com en la carpeta ARCHIVO DIGITAL CENTRO CRECER ARBORIZADORA ALTA capeta Acta y Evidencias (DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p> <p>CENTRO CRECER ECOPARQUE SIERRA MORENA, carpeta validación de condiciones – Enero a septiembre, en las DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p> <p>Documentos físicos que reposan en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del Centro Crecer Ecoparque Sierra Morena.</p>

**SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA
INTEGRACIÓN SOCIAL DE CIUDAD BOLÍVAR**

<p>Conmemoración Cumpleaños de Bogotá el 08 de agosto.</p> <p>Se realiza encuentro local el día 19 agosto respiro ejercicios para los cuidadores y baile.</p> <p>se socializa en la reunión de padres, Se envía piezas comunicativas con videos e infografías sistemas de barreras de protección contra enfermedades respiratorias, diarreicas, infectocontagiosas como la varicela con la identificación de signos, síntomas y medidas cada mes.</p> <p>Actividades de Respiro, encuentro local, y jornada de belleza donde se brinda oportunidad de acicalar a los niños, niñas y adolescentes.</p> <p>IMPACTO: Se logra proporcionar a la persona cuidadora tiempo personal para el descanso, la recuperación, el ocio y en general, el autocuidado y el desarrollo personal o para hacer frente a una situación de necesidad que le impida ejercer sus funciones de cuidado.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

OBLIGACION CONTRACTUAL N.º 5.

5-5 Reportar la información necesaria para alimentar el Sistema Integrado de Gestión, incluyendo el informe de metas y los insumos requeridos para responder a los requerimientos de organismos públicos y privados, tanto nacionales como distritales, de control político y de la ciudadanía, así como para elaborar reportes o documentos técnicos, en el marco de la oferta de los servicios y los lineamientos institucionales vigentes.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACION Y UBICACION
<p>5.5 Durante la ejecución del contrato 3281-2025</p> <p>Durante la ejecución del contrato en mi área de enfermería realice. Valoraciones como parte del proceso para el ingreso de los niños, niñas y adolescentes, Pai de ingresos, de seguimiento y de egreso, Estudios de caso, avances y logros, planeaciones, Seguimientos de ingreso y egreso, Cronogramas semanales.</p> <p>IMPACTO: Aportar concepto profesional de los niños, niñas, adolescentes para su ingreso al servicio, y procesos que llevan y desarrollo que tienen durante el servicio prestado en el centro crecer.</p> <p>IMPACTO: Nos ayudan a poner en evidencia que no se decreta un cambio social, sino que somos las personas quienes lo hacemos. Al final las decisiones que tomamos en el hogar terminan impactando decisiones colectivas, comunidad, entidades e instituciones en otras.</p>	<p>5.1 Documentos digitales que reposan el siguiente correo electrónico: centrocrecerarborizadoraalta1@gmail.com en la carpeta ARCHIVO DIGITAL CENTRO CRECER ARBORIZADORA ALTA carpeta Acta y Evidencias (DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p> <p>CENTRO CRECER ECOPARQUE SIERRA MORENA, carpeta validación de condiciones – Enero a septiembre, en las DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p> <p>Documentos físicos que reposan en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del Centro Crecer Ecoparque Sierra Morena.</p>

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA
INTEGRACIÓN SOCIAL DE CIUDAD BOLÍVAR

OBLIGACION CONTRACTUAL N° 6.	
6-6 Asistir y participar en las reuniones y actividades territoriales, convocadas por la ordenación del gasto, supervisión del contrato y la Subdirección para la Discapacidad.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y UBICACIÓN
<p>6.6 Durante la ejecución del contrato 3281-2025 Asistí de manera oportuna a las reuniones convocadas por la entidad y coordinadora del centro crecer con el objetivo de los profesionales comprendan en que deben trabajar y enfocarse, y a mesas técnicas de enfermería</p> <p>IMPACTO: Las reuniones impactaron en el desempeño del equipo de trabajo, la eficiencia y efectividad, la confianza en el equipo y en la entidad. Y así mismo se fortaleció el trabajo en equipo, la colaboración y cooperación.</p> <p>IMPACTO : Orientar a los cuidadores por qué se presenta los cambios bruscos y como evitarlos.</p>	<p>6.1 Documentos digitales que reposan el siguiente correo electrónico: centrocrecerarborizadoraalta1@gmail.com en la carpeta ARCHIVO DIGITAL CENTRO CRECER ARBORIZADORA ALTA carpeta Acta y Evidencias (DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p> <p>CENTRO CRECER ECOPARQUE SIERRA MORENA, carpeta validación de condiciones – Enero a septiembre, en las DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p> <p>Documentos físicos que reposan en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del Centro Crecer Ecoparque Sierra Morena.</p>

OBLIGACION CONTRACTUAL N° 7
7 – 7 Las demás que la Supervisión del Contrato le designe, conforme al objeto contractual, de acuerdo con los lineamientos institucionales vigentes.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y UBICACIÓN
<p>7.7 Durante la ejecución del contrato 3281-2025 se atienden a todas las obligaciones contractuales inherentes al contrato.</p> <p>Apoyar y participar en las reuniones de padres de familia para el fortalecimiento de la corresponsabilidad familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención del cuidado del a salud a los niños, niñas y Adolescentes. • Gestión Documental • Atención a cuidadores • Realizar Rutas • Recepción <p>IMPACTO: Se da en la cooperación, en el trabajo en equipo y la eficiencia del mismo, e impacta a mejorar las relaciones interpersonales, trabajar conjuntamente y a respetar las opiniones del otro.</p>	<p>7.1 Documentos digitales que reposan el siguiente correo electrónico: centrocrecerarborizadoraalta1@gmail.com en la carpeta ARCHIVO DIGITAL CENTRO CRECER ARBORIZADORA ALTA carpeta Acta y Evidencias (DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p> <p>CENTRO CRECER ECOPARQUE SIERRA MORENA, carpeta validación de condiciones – Enero a septiembre, en las DRIVE) y así mismo reposa en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del centro crecer.</p> <p>Documentos físicos que reposan en las historias sociales de los niños, niñas y adolescentes del Centro Crecer Ecoparque Sierra Morena.</p>



LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría

INTEGRACIÓN SOCIAL

**SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA
INTEGRACIÓN SOCIAL DE CIUDAD BOLÍVAR**

Claudia Castillo Ramos

FIRMA CONTRATISTA

CLAUDIA MILENA CASTILLO RAMOS

No. De Contrato: 3281 de 2025



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría

A CONTINUACION, SE REPORTAN LAS EVIDENCIAS EJECUTADAS DURANTE EL CONTRATO 3281

EVIDENCIAS: 05 de febrero del 2025 al 19 de septiembre 2025

UNIDAD OPERATIVA: Centro Crecer Ecoparque Sierra Morena


NOMBRE DE CONTRATISTA: Claudia Milena Castillo Ramos

NUMERO DE CONTRATO: 3281-2025

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO EN LAS ACCIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN LOS PROCESOS DE INCLUSION SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SUS FAMILIAS Y SUS PERSONAS CUIDADORAS EN LOS SERVICIOS SOCIALES Y ACCIONES MISIONALES DE LA SUBDIRECCION PARA LA DISCAPACIDAD DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES VIGENTES.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

OBLIGACION	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS
1-1 Participar en la ejecución de actividades relacionadas con el seguimiento de rutinas y actividades de la vida diaria (AVD) de las personas con discapacidad, conforme a los lineamientos técnicos establecidos por la Subdirección para la Discapacidad.	 <p>REDMI NOTE 13 PRO LADY ROBAYO 27/02/2025 13:54</p>



2-2 Realizar el suministro de medicamentos a los participantes que lo requieran, acorde con los soportes médicos y su respectiva actualización, realizando la recepción, almacenamiento y acompañamiento durante la administración de los mismos, cumpliendo estrictamente con las orientaciones del INVIMA y registrando evidencia del procedimiento, acorde con la normatividad vigente y los lineamientos técnicos de la Subdirección para la Discapacidad.

This is a grid-based data recording form. The top section contains a header with various fields for identification and classification. Below this is a large grid with multiple columns and rows. The bottom section contains several columns with handwritten text, likely representing different categories or types of data being recorded.

This is a grid-based data recording form, similar to the one above. It features a header section, a large grid for data entry, and a bottom section with handwritten text in multiple columns.

This is a grid-based data recording form, similar to the others. It includes a header, a large grid, and a bottom section with handwritten text.

This is a grid-based data recording form, similar to the others. It includes a header, a large grid, and a bottom section with handwritten text.

PROCESO PROYECTOS DE SERVICIOS SOCIALES
FORMATO REGISTRO CASOS 4 (TRIMESTRE DE CARIÓTIPO PARA LA SALUD)
 UNIDAD TERRITORIAL: ...
 NOMBRE DEL PARTICIPANTE: ...
 FECHA DE ENTREGA: ...

FECHA Y HORA	ACTIVACION DE CASOS EN LA ZONA DE INTERÉS (SE DEBE INDICAR LA ACTIVACION POR CASOS Y POR TIPO DE CASO)	OTROS COMENTARIOS
01/01/2014
02/01/2014
03/01/2014
04/01/2014
05/01/2014
06/01/2014
07/01/2014
08/01/2014
09/01/2014
10/01/2014
11/01/2014
12/01/2014

PROCESO PROYECTOS DE SERVICIOS SOCIALES
FORMATO REGISTRO CASOS 4 (TRIMESTRE DE CARIÓTIPO PARA LA SALUD)
 UNIDAD TERRITORIAL: ...
 NOMBRE DEL PARTICIPANTE: ...
 FECHA DE ENTREGA: ...

FECHA Y HORA	ACTIVACION DE CASOS EN LA ZONA DE INTERÉS (SE DEBE INDICAR LA ACTIVACION POR CASOS Y POR TIPO DE CASO)	OTROS COMENTARIOS
01/01/2014
02/01/2014
03/01/2014
04/01/2014
05/01/2014
06/01/2014
07/01/2014
08/01/2014
09/01/2014
10/01/2014
11/01/2014
12/01/2014

PROCESO PROYECTOS DE SERVICIOS SOCIALES
FORMATO REGISTRO CASOS 4 (TRIMESTRE DE CARIÓTIPO PARA LA SALUD)
 UNIDAD TERRITORIAL: ...
 NOMBRE DEL PARTICIPANTE: ...
 FECHA DE ENTREGA: ...

FECHA Y HORA	ACTIVACION DE CASOS EN LA ZONA DE INTERÉS (SE DEBE INDICAR LA ACTIVACION POR CASOS Y POR TIPO DE CASO)	OTROS COMENTARIOS
01/01/2014
02/01/2014
03/01/2014
04/01/2014
05/01/2014
06/01/2014
07/01/2014
08/01/2014
09/01/2014
10/01/2014
11/01/2014
12/01/2014

PROCESO PROYECTOS DE SERVICIOS SOCIALES
FORMATO REGISTRO CASOS 4 (TRIMESTRE DE CARIÓTIPO PARA LA SALUD)
 UNIDAD TERRITORIAL: ...
 NOMBRE DEL PARTICIPANTE: ...
 FECHA DE ENTREGA: ...

FECHA Y HORA	ACTIVACION DE CASOS EN LA ZONA DE INTERÉS (SE DEBE INDICAR LA ACTIVACION POR CASOS Y POR TIPO DE CASO)	OTROS COMENTARIOS
01/01/2014
02/01/2014
03/01/2014
04/01/2014
05/01/2014
06/01/2014
07/01/2014
08/01/2014
09/01/2014
10/01/2014
11/01/2014
12/01/2014

PROCESO PROYECTOS DE SERVICIOS SOCIALES
FORMATO REGISTRO CASOS 4 (TRIMESTRE DE CARIÓTIPO PARA LA SALUD)
 UNIDAD TERRITORIAL: ...
 NOMBRE DEL PARTICIPANTE: ...
 FECHA DE ENTREGA: ...

FECHA Y HORA	ACTIVACION DE CASOS EN LA ZONA DE INTERÉS (SE DEBE INDICAR LA ACTIVACION POR CASOS Y POR TIPO DE CASO)	OTROS COMENTARIOS
01/01/2014
02/01/2014
03/01/2014
04/01/2014
05/01/2014
06/01/2014
07/01/2014
08/01/2014
09/01/2014
10/01/2014
11/01/2014
12/01/2014

PROCESO PROYECTOS DE SERVICIOS SOCIALES
FORMATO REGISTRO CASOS 4 (TRIMESTRE DE CARIÓTIPO PARA LA SALUD)
 UNIDAD TERRITORIAL: ...
 NOMBRE DEL PARTICIPANTE: ...
 FECHA DE ENTREGA: ...

FECHA Y HORA	ACTIVACION DE CASOS EN LA ZONA DE INTERÉS (SE DEBE INDICAR LA ACTIVACION POR CASOS Y POR TIPO DE CASO)	OTROS COMENTARIOS
01/01/2014
02/01/2014
03/01/2014
04/01/2014
05/01/2014
06/01/2014
07/01/2014
08/01/2014
09/01/2014
10/01/2014
11/01/2014
12/01/2014

PROCESO PROYECTOS DE SERVICIOS SOCIALES
FORMATO REGISTRO CASOS 4 (TRIMESTRE DE CARIÓTIPO PARA LA SALUD)
 UNIDAD TERRITORIAL: ...
 NOMBRE DEL PARTICIPANTE: ...
 FECHA DE ENTREGA: ...

FECHA Y HORA	ACTIVACION DE CASOS EN LA ZONA DE INTERÉS (SE DEBE INDICAR LA ACTIVACION POR CASOS Y POR TIPO DE CASO)	OTROS COMENTARIOS
01/01/2014
02/01/2014
03/01/2014
04/01/2014
05/01/2014
06/01/2014
07/01/2014
08/01/2014
09/01/2014
10/01/2014
11/01/2014
12/01/2014

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría

INTEGRACIÓNSOCIAL

4-4 Brindar apoyo en el desarrollo de las actividades realizadas durante la prestación del servicio orientadas al fortalecimiento de habilidades y capacidades para las personas con discapacidad, sus personas cuidadoras y sus familias en el marco de los lineamientos técnicos institucionales.



FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO
RAMOS
C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría

INTEGRACIÓNSOCIAL



FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO
RAMOS
C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría INTEGRACIONES SOCIAL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Identificación	Nombre y Apellido	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

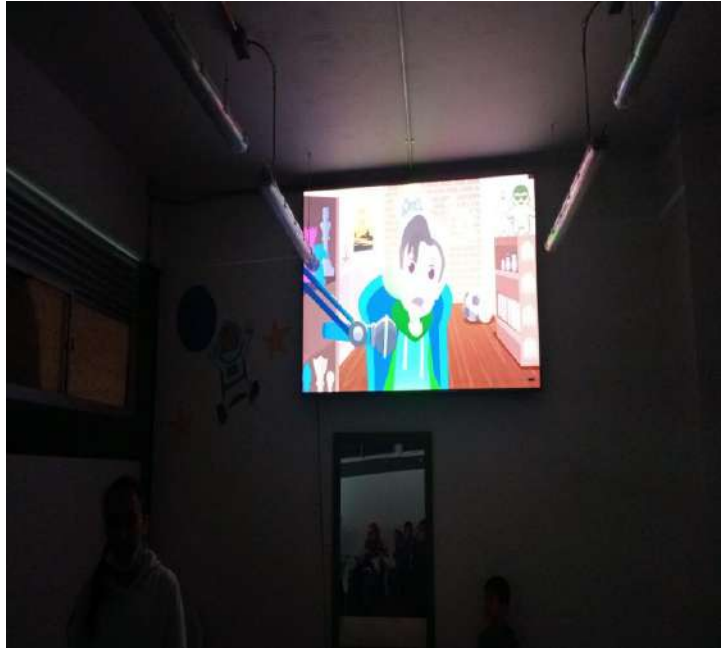
FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
 NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO RAMOS
 C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría

INTEGRACIÓNSOCIAL



FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO
RAMOS
C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría

INTEGRACIÓNSOCIAL



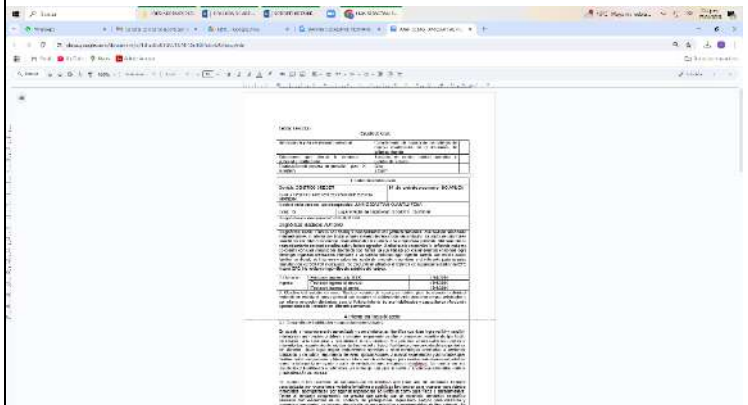
FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO
RAMOS
C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría INTEGRACIONESOCIAL

5-5 Reportar la información necesaria para alimentar el Sistema Integrado de Gestión, incluyendo el informe de metas y los insumos requeridos para responder a los requerimientos de organismos públicos y privados, tanto nacionales como distritales, de control político y de la ciudadanía, así como para elaborar reportes o documentos técnicos, en el marco de la oferta de los servicios y los lineamientos institucionales vigentes.



FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO RAMOS
C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría INTEGRACIONESOCIAL

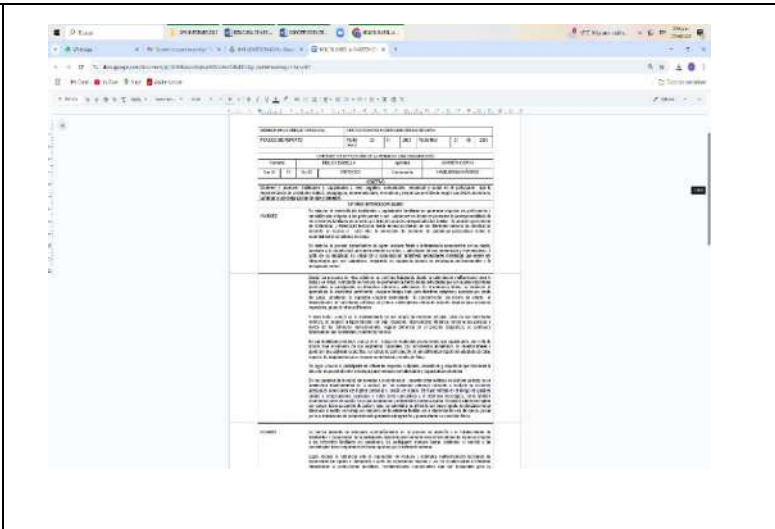
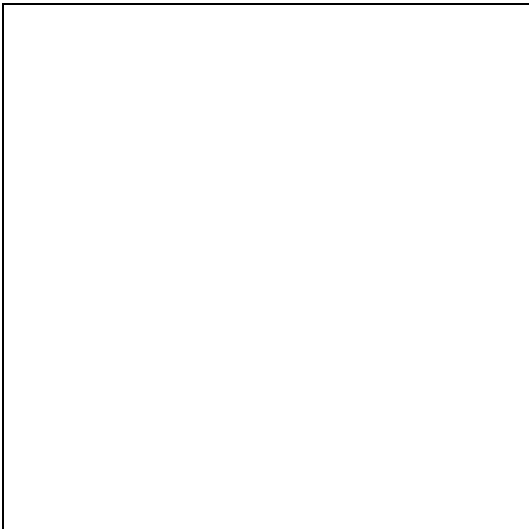
The screenshot displays a web interface for project management. The top section shows a table with columns for 'ID', 'ESTADO', 'ACTIVIDAD', 'FECHA INICIO', 'FECHA FIN', 'IMPORTE PRESUPUESTADO', 'IMPORTE REALIZADO', 'IMPORTE RESTANTE', 'FECHA ÚLTIMO REGISTRO', 'FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN', and 'FECHA ÚLTIMO ESTADO'. The table lists several projects, including 'CONSTRUCCIÓN DE UN CENTRO COMUNITARIO EN LA ZONA SUR', 'CONSTRUCCIÓN DE UN CENTRO COMUNITARIO EN LA ZONA NOROCCIDENTAL', 'CONSTRUCCIÓN DE UN CENTRO COMUNITARIO EN LA ZONA NOROCCIDENTAL', 'CONSTRUCCIÓN DE UN CENTRO COMUNITARIO EN LA ZONA NOROCCIDENTAL', 'CONSTRUCCIÓN DE UN CENTRO COMUNITARIO EN LA ZONA NOROCCIDENTAL', 'CONSTRUCCIÓN DE UN CENTRO COMUNITARIO EN LA ZONA NOROCCIDENTAL', 'CONSTRUCCIÓN DE UN CENTRO COMUNITARIO EN LA ZONA NOROCCIDENTAL', and 'CONSTRUCCIÓN DE UN CENTRO COMUNITARIO EN LA ZONA NOROCCIDENTAL'. Below the table, there is a detailed view of a project, showing a 'FORMULARIO DE EVALUACIÓN' and a 'DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO'.

FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
 NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO RAMOS
 C.C. 52361613

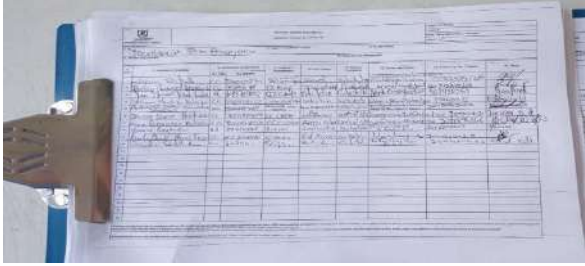
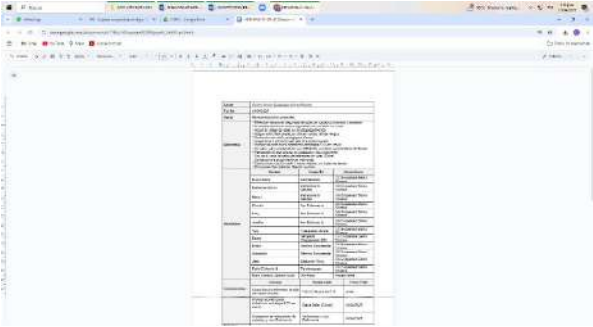



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría INTEGRACION SOCIAL



6-6 Asistir y participar en las reuniones y actividades territoriales convocadas por la ordenación del gasto, supervisión del contrato y la Subdirección para la Discapacidad.

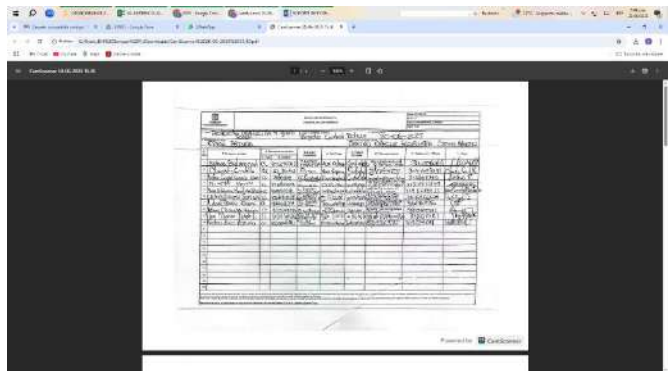




FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO RAMOS
C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
INTEGRACIÓNSOCIAL



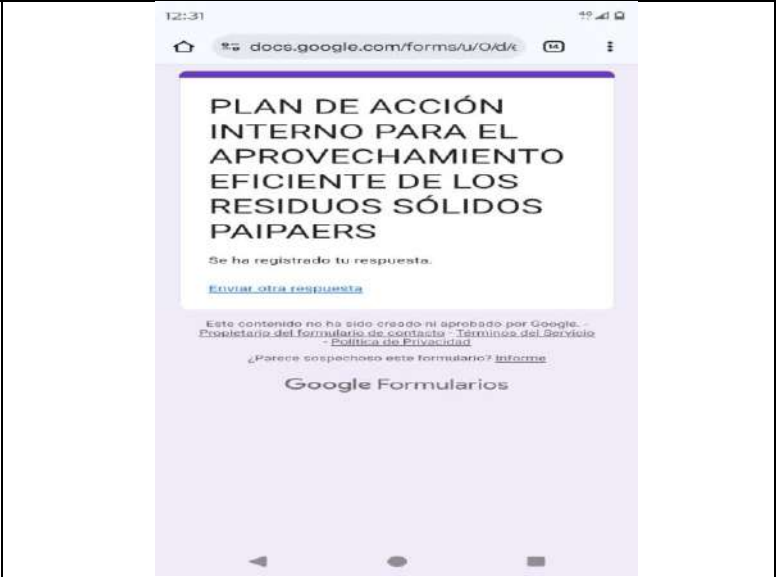
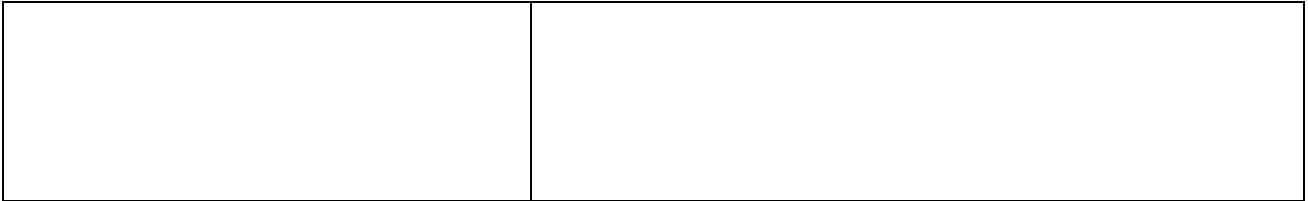
FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO
RAMOS
C.C. 52361613



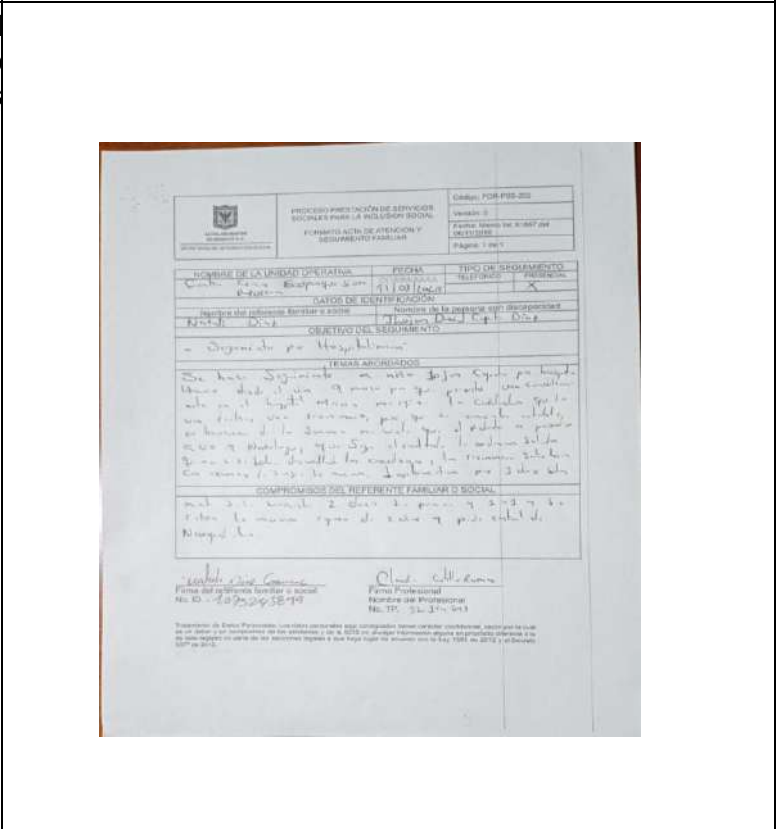
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría

INTEGRACIÓNSOCIAL



7-7 Las demás que la Supervisión del Contrato le designe, conforme al objeto contractual, de acuerdo con los lineamientos institucionales vigentes.



FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO RAMOS
C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría INTEGRACION SOCIAL

The screenshot shows a web application interface with a sidebar on the left containing navigation links like 'Inicio', 'Gestión', 'Reportes', etc. The main content area is titled 'Inicio' and displays a 'Por las Páginas' table. Below this, there is a section for 'Documento de ejecución de contrato' with a table listing various documents.

Id de page	Nombre de página	Serie de enlaces	Fecha de ejecución	Valor de la oferta	Estado
Page 01	01	SECCION DE EMERGENCIAS	SECCION DE EMERGENCIAS	758120 COP	Procesado por el sistema
Page 02	02	SECCION DE EMERGENCIAS	SECCION DE EMERGENCIAS	500000 COP	Entero a cargo de la entidad

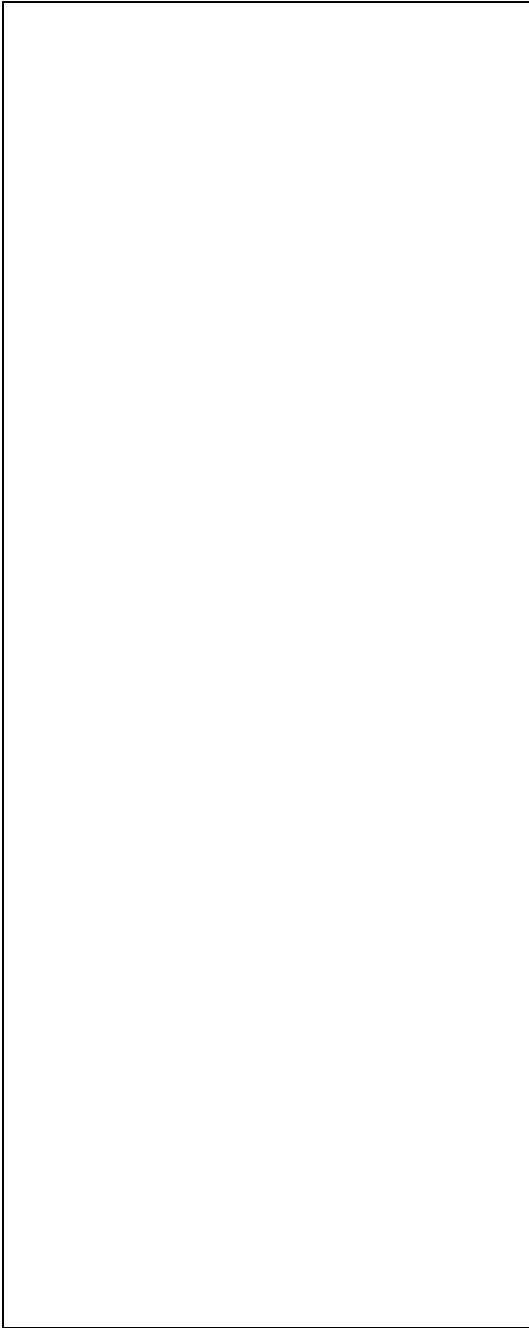
Documento	Fecha de entrega	Responsable
SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	Comando
SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	Comando
SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	Comando
SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	Comando
SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	Comando
SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	Comando
SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	Comando
SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	Comando
SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	Comando
SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	SECCION DE EMERGENCIAS 02 02 2025.pdf	Comando

FIRMA: *Claudia Milena Ramos*
 NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO RAMOS
 C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría INTEGRACIONES SOCIAL



1000

		PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO ACTA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO FAMILIAR	Código: FOP-PS-223
		Versión: 0	Fecha: Marzo del 2018 del 05/03/18
		Página: 1 de 1	
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	FECHA	TIPO DE SEGUIMIENTO	
Centro Cívico Equino 3ra Etapa	02/03/18	TELÉFONICO	PRESENCIAL
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Número del interesado familiar o social		Nombre de la persona con discapacidad	
Ricardo Julio Rojas		Fernando Rojas Ros	
OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO			
- Infortunio De Supensas			
TEMAS ABORDADOS			
<p>Ingresó al día de hoy Juan Berman S. Landa Supenas, la ciudad informo que de salud actual W. se encuentra en un periodo de recuperación al recibir, salir, caminar, por estar para vigilar y estar en un periodo de recuperación de salud, en el día de hoy y mañana a todas las mañanas y en la tarde y noche por la noche.</p>			
COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL			
- Se compromete a seguir con tratamiento médico informo a sede Salud y Cambio.			
JB Firma del referente familiar o social No. ID. 29538728		Claudia Castillo Ramos Firma Profesional Nombre del Profesional No. TP. No. 41111	

Tratamiento de Dama Pararético. Los datos personales aquí consignados fueron obtenidos confidencialmente, respecto a lo que es un documento de carácter interno y de la SCS se otorga información alguna se procederá de acuerdo a lo que está reglado en parte de los protocolos vigentes a una hora luego de acuerdo con la Ley 1088 de 2008 y la Decisión 1977 de 2015.

FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
 NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO RAMOS
 C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
INTEGRACIÓNSOCIAL

Bogotá le apuesta a la inclusión

(2004 - 2007)
• 1 Compras
• Centro Comunitario LGBTI
• PPLGBTI

(2011 - 2020)
• SDIS 2 Canal
• SubALGBTI

(2024 - 2028)
• SDIS 5 Canal
• SubALGBTI
• 2 servicios nuevos

(2018 - 2023)
• CPAC 3 Canal

(2020 - 2024)
• SDIS 6 Canal
• SubALGBTI

PPLGBTI de Bogotá
SDIS tiene el proyecto de inversión y equipo de trabajo más grandes en temas LGBTI del país

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

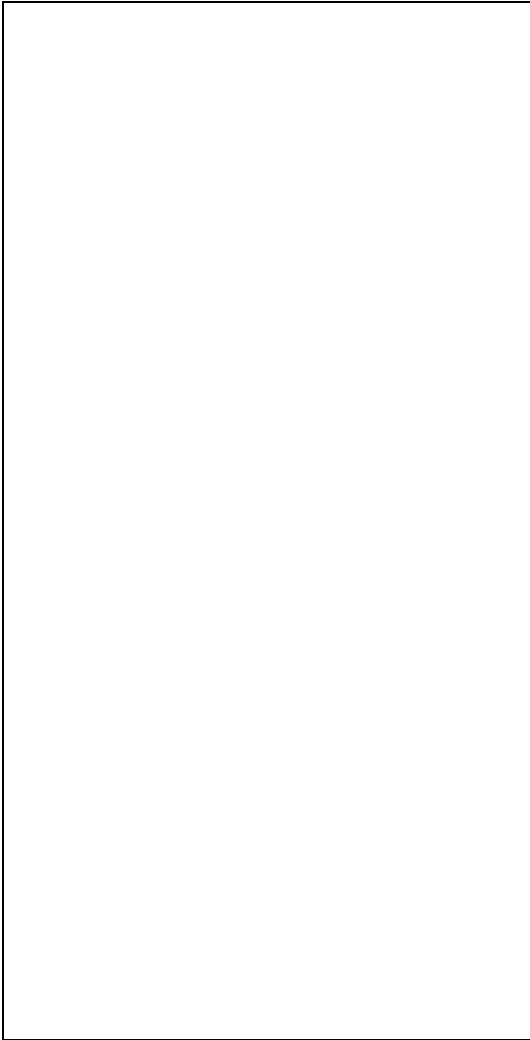
1. Sin Pobreza
2. Cero Hambre
3. Salud y Bienestar
4. Energía Limpia
5. Igualdad de Género
6. Agua Limpia y Saneamiento
7. Energía Limpia y Asequible
8. Trabajo Decente
9. Industria, Innovación e Infraestructura
10. Reducción de las Desigualdades
11. Ciudades y Comunidades Sostenibles
12. Consumo Responsable
13. Acción por el Clima
14. Vida Acuática
15. Vida Terrestre
16. Paz, Justicia y Fuertes Instituciones
17. Alianzas para lograr los Objetivos

FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO
RAMOS
C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría INTEGRACIÓNSOCIAL



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL
FORMA DE REGISTRO PARA DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE SERVICIOS: NIÑAS Y ADOLESCENTES EN ALTA RIESGO DE DESAFILIACIÓN

Código: FOP-PSO-043
Versión: 2
Fecha: Marzo 2022
Página: 1 de 1

FECHA: 07-08-2023 RUTA: BUS 1 No. DE PLACA: WCF 275

No	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	HORA INGRESO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREGA	HORA SALIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RETIRA	OBSERVACIONES
1	CLAUDIA TERRE ALVAREZ BUSTARRA	7:15	Marta Sanchez	7:19	María Rodríguez	
2	JOSFIN EMANUEL JIMENA NOBLE		María Rodríguez	7:19	María Rodríguez	
3	EMILY SALCABANCA PEREIRO	7:20	Andrés Rodríguez	7:21	Andrés Rodríguez	
4	MARIA CAROLINA GARCÓN NAORD					
5	JULIAN DAVID DE LA ROSA	7:21	Andrés Rodríguez	7:21	Andrés Rodríguez	
6	LARSA VALENTINA LÓPEZ MONTELA	7:21	Andrés Rodríguez	7:21	Andrés Rodríguez	
7	LAMIZA ALEJANDRA MEDINA GARRIBERTO	7:22	Andrés Rodríguez	7:22	Andrés Rodríguez	
8	ESTHER ALEJANDRO PERDOMO VAQUERO	7:22	Andrés Rodríguez	7:22	Andrés Rodríguez	
9	DANNA NICOLE RUIZ RODRIGUEZ	7:22	Andrés Rodríguez	7:22	Andrés Rodríguez	
10	JUAN ESTEBAN BELLO ARTEAGA	7:22	Andrés Rodríguez	7:22	Andrés Rodríguez	
11	MARIA FERNANDA HUERTAS PARRONDO	7:22	Andrés Rodríguez	7:22	Andrés Rodríguez	
12

NOMBRES DEL(S) PROFESIONAL(ES) RESPONSABLE(S) DE LA RUTA: Claudia Castillo Ramos
CARGO O AREA INTERDISCIPLINAR: Auxiliar Operativa
FIRMA DEL PROFESIONAL: Claudia Castillo Ramos

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL
FORMA DE REGISTRO PARA DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE SERVICIOS: NIÑAS Y ADOLESCENTES EN ALTA RIESGO DE DESAFILIACIÓN

Código: FOP-PSO-043
Versión: 2
Fecha: Marzo 2022
Página: 1 de 1

FECHA: 07-08-2023 RUTA: BUS 2 No. DE PLACA: 20 670

No	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	HORA INGRESO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREGA	HORA SALIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RETIRA	OBSERVACIONES
1	LUCA SANTIAGO ANGULO MEDINA					
2	LUISA FERNANDA VAQUERO			8:50	Luzmila Rodríguez	
3	VALERIA FELIPE DONALDZ SERRAVERA	7:07	Andrés Rodríguez	8:25	Andrés Rodríguez	
4	CRISTIAN DAVID BEHAR MEDINA	7:10	Andrés Rodríguez	8:25	Andrés Rodríguez	
5	MELISSA QUINTERO LOPEZ					
6	WENNY YULIANA LANDRERO MEDINA	7:20	Andrés Rodríguez	8:26	Andrés Rodríguez	
7	ANA MAYERLY CORTES ESCOBARADA	7:22	Andrés Rodríguez	8:26	Andrés Rodríguez	
8	SABRINA ANDREA ORAZ CARRERA	7:22	Andrés Rodríguez	8:26	Andrés Rodríguez	
9	JHO ANA ANDREA BELTRAN VARGAS	7:22	Andrés Rodríguez	8:26	Andrés Rodríguez	
10	ANDRES ANDREA HUERTAS CORDOBA	7:22	Andrés Rodríguez	8:26	Andrés Rodríguez	
11	JUAN SEBASTIAN AGUILAR JARITA	7:22	Andrés Rodríguez	8:26	Andrés Rodríguez	
12	JUAN SEBASTIAN CUARTAS PENA	7:22	Andrés Rodríguez	8:26	Andrés Rodríguez	
13	JUAN SEBASTIAN RENDÓN ARAS					
14	ESMARA FERNANDA ORAZ DIAZ	7:44	Andrés Rodríguez	8:26	Andrés Rodríguez	

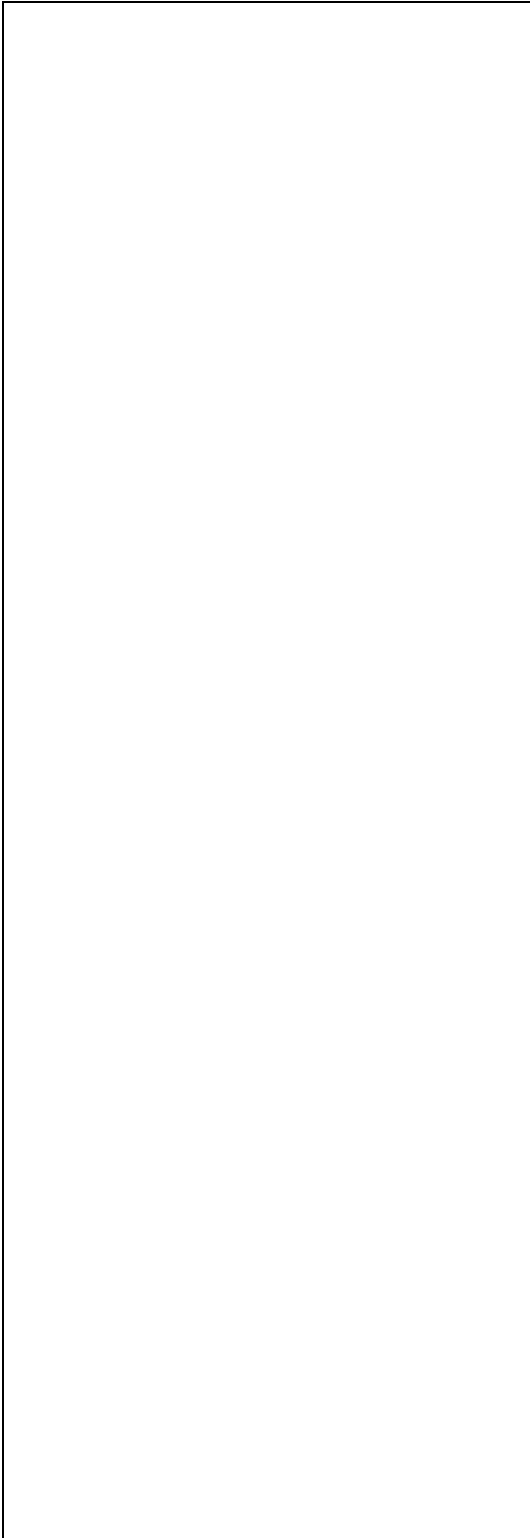
FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
 NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO RAMOS
 C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría

INTEGRACIÓNSOCIAL



PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL
FORMATO REGISTRO DIARIO DE RECEPCION Y ENTREGA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN RUTA SERVICIOS SOCIOCAPACIDAD

Código: FOR-PIS-043
Versión: 2
Fecha: Marzo 03/2015/2013 - 24/03/2017
Página: 2 de 2

15	NICOLÉ MELISSA PEÑA ORTEGÓN				
16					
17					
18					

NOMBRES DEL(OS) PROFESIONALES RESPONSABLES DE LA RUTA	CARGO O AREA INTERDISCIPLINARIA	FIRMA DEL PROFESIONAL
Claudia Castillo Ramos	Auxilio Caprama	Claudia Castillo Ramos

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL
FORMATO REGISTRO DIARIO DE RECEPCION Y ENTREGA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN RUTA SERVICIOS SOCIOCAPACIDAD

Código: FOR-PIS-043
Versión: 2
Fecha: Marzo 03/2015/2013 - 24/03/2017
Página: 1 de 2

Fecha: 20/04/2015

RUTA: RUTA BUELA

NO DE PLACAS: 20 000

No.	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PAPEL CUBRANTE	HORA INGRESO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREGA	HORA SALIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE	INTERSECCIONES
1	JORGE CARLOS GARCIA MORALES	7:05	Xilayana	8:37	Yolanda Medina	
2	LUIS FERRANDEZ DE JORDAN					
3	SARA Y FELIPE GONZALEZ BARRONERA					
4	TORIBAY GARCIA DE PAZ MORA	9:00	Regina E.	4:00	Regina E.	
5	MELISSA GUINERDO LOPEZ					
6	FRANCISCA YOLANDA CORDERO BARRONERA	1:00	Yolanda	4:00	Yolanda	
7	ANDREA YEREMY GONZALEZ ESCOBARDO	1:00	Yolanda	4:00	Yolanda	
8	SARAHINA ANDRES DIAZ CARRERA		Yolanda	4:00	Yolanda	
9	VALERY ANDRES BELTRAN GONZALEZ	3:10	Yolanda	4:00	Yolanda	
10	NICOLE ANDREA MARILLO GONZALEZ	3:00	Nicolas		Nicolas	
11	JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ ZAPATA					
12	JUAN SEBASTIAN OLIVEROS PEÑA	3:00	Yolanda	3:00	Yolanda	
13	JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ ZAPATA	3:00	Yolanda	3:00	Yolanda	
14	DANIELA TERESA DE DIEZ GONZALEZ	3:00	Yolanda	3:00	Yolanda	

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL
FORMATO REGISTRO DIARIO DE RECEPCION Y ENTREGA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN RUTA SERVICIOS SOCIOCAPACIDAD

Código: FOR-PIS-043
Versión: 2
Fecha: Marzo 03/2015/2013 - 24/03/2017
Página: 2 de 2

15	NICOLÉ MELISSA PEÑA ORTEGÓN				
16					
17					
18					

NOMBRES DEL(OS) PROFESIONALES RESPONSABLES DE LA RUTA	CARGO O AREA INTERDISCIPLINARIA	FIRMA DEL PROFESIONAL
Claudia Castillo Ramos	Auxilio Caprama	Claudia Castillo Ramos

FIRMA: *Claudia Castillo Ramos*
 NOMBRE: CLAUDIA MILENA CASTILLO RAMOS
 C.C. 52361613



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría

INTEGRACIÓNSOCIAL

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTO DE PAGO DE HONORARIOS PUBLICOS

Dirigida a: Subdirector Local de Integración social de Ciudad Bolívar, como supervisor de mi contrato:

A efectos de dar fe que el pago de mis honorarios cumple con las exigencias legales y reglamentarias respecto a mi obligación contractual de cargar y revisar la aprobación de mis facturas en el aplicativo institucional SECOP 2, declaro bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

Mi nombre completo es: Claudia Milena Castillo Ramos

Mi número de cedula de identificación es: 52361613 de Bogota

Mi número de contrato y año es: 3281-2025

Para efectos de poder realizar el pago de honorarios que me corresponde por el contrato arriba citado, declaro bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

Que he cargado correctamente la factura del mes de agosto del año 2025 en el aplicativo secop 2, con los respectivos soportes.

Que he verificado que la factura que cargué el mes anterior, ha sido debidamente aprobada, para lo cual adjunto pantallazo como soporte de lo aquí anunciado.

Además de asumir las consecuencias y mi responsabilidad por faltar a la verdad por reportar información falsa en la presente gravedad de juramento (artículo 442 del código penal colombiano, salvo lo indicado en la sentencia C-782/05) conozco que el efecto y autorizo al supervisor de mi contrato a realizar el pago de mis honorarios hasta que se verifique que he subsanado lo aquí declarado, sin lugar al pago de interés ni reclamos de orden judicial, dado que se trata de recursos públicos y se debe a la falta de un requisito legal para generar mi pago.

Aunque la supervisión del contrato debe validar que estoy dando cumplimiento a lo aquí expresado, la presente declaración se suscribe con el fin de lograr que el supervisor adelante los trámites para la generación de mi pago en los términos establecidos en el contrato suscrito.

Como constancia de lo anterior, firmo esta declaración bajo la gravedad de juramento en Bogotá D.C., el día 23 del mes de septiembre del año 2025.

Cordialmente,

Dirección: Transversal 18 c # 47 a 38 sur

Teléfono: 3194147083

Email: milenacasramos@hotmail.com