1. DATOS DEL CONTRATO			
Contratista:	**YURY JASLEIDY DELGADO ECHEVERRY**		
Objeto:	Prestar servicios de apoyo y acompañamiento a la comunidad educativa (estudiantes, docentes y administrativos) en la Institución Educativa Distrital asignada de acuerdo con necesidad del servicio, en la ejecución de las actividades de prevención y mitigación de contagio por COVID 19, y promoción de estilos de vida saludable en contexto escolar, de acuerdo con la orientación técnica de la Dirección de Bienestar Estudiantil.		
Valor del Contrato:	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE ($6.456.000). Ese valor incluye cualquier clase de gravamen, impuesto, tasa, contribución o tributo en general que se cause o se llegare a causar; en tal evento EL CONTRATISTA se obliga a asumirlo, así como los costos directos e indirectos que se ocasionen para la ejecución del mismo.		
Forma de Pago:	A) Un primer pago proporcional sobre la base de **DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($2.152.000)**, por los días ejecutados desde la suscripción del acta de inicio del contrato hasta el último día del respectivo mes, si a ello hubiere lugar. B.) Pagos mensuales iguales por el valor de **DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($2.152.000)**, C.) Un pago final proporcional sobre la base de **DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($2.152.000)** por los días ejecutados durante el último mes del contrato, si a ello hubiere lugar.		
Plazo:	El plazo del contrato será de cuatro (3) meses, contados a partir del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, sin superar el tiempo de la vigencia fiscal.		
Modificaciones:	N/A		
Fecha de Inicio:	26/04/2021	**Fecha de Terminación:**	25/07/2021
Dependencia:	Dirección de Bienestar Estudiantil		
Supervisor - Cargo:	Iván Osejo Villamil - Director de Bienestar Estudiantil		

2. EJECUCION DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual	Actividades realizadas	Evidencia Verificable
1. Prestar sus servicios en el marco del objeto contractual, en la Institución Educativa Distrital asignada y a sus sedes respectivas, en las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio.	Durante este período de ejecución, se está realizando inducción técnica y administrativa auxiliar de enfermería y no actividades de la obligación.	N/A
2. Apoyar en la adecuada implementación de los protocolos institucionales para el manejo, la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID-19.	Durante este período de ejecución, se está realizando inducción técnica y administrativa auxiliar de enfermería y no actividades de la obligación.	N/A
3. Diligenciar el instrumento de registro de condiciones al	Durante este período de ejecución, se está realizando inducción técnica y	N/A

2. EJECUCION DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual	Actividades realizadas	Evidencia Verificable
ingreso de los estudiantes, docentes y administrativos de la IED asignada, de acuerdo con el lineamiento del MEN, la SED y respectivo protocolo institucional**.**	administrativa auxiliar de enfermería y no actividades de la obligación.	
4. Efectuar bajo la directriz de la IED en el reporte de casos COVID 19 en la IED asignada en el formulario publicado en la página institucional de la SED.	Durante este período de ejecución, se está realizando inducción técnica y administrativa auxiliar de enfermería y no actividades de la obligación.	N/A
5. Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial a presuntos casos COVID 19 y activar ruta de atención.	Durante este período de ejecución, se está realizando inducción técnica y administrativa auxiliar de enfermería y no actividades de la obligación.	N/A
6. Adelantar acciones pedagógicas efectivas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención del contagio por COVID 19 en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio.	Durante este período de ejecución, se está realizando inducción técnica y administrativa auxiliar de enfermería y no actividades de la obligación.	N/A
7. Adelantar acciones pedagógicas efectivas para la promoción en estilos de vida saludable (alimentación saludable, actividad física, movilidad segura, prevención de la accidentalidad y corresponsabilidad por el bienestar) en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio.	Durante este período de ejecución, se está realizando inducción técnica y administrativa auxiliar de enfermería y no actividades de la obligación.	N/A

2. EJECUCION DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual	Actividades realizadas	Evidencia Verificable
8. Participar en los procesos de capacitación que efectúe la SED para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes.	Participé de inducción técnica y administrativa por parte de la Dirección de Bienestar Estudiantil, la cual tenía como objetivo socializar las obligaciones contractuales en pro del desarrollo de actividades en la IED asignada	20210428Act_inducc
9. Asistir y participar en las reuniones del comité institucional de contingencia por COVID 19 en el marco de la Reapertura Gradual, Progresiva y Segura.	Durante este período de ejecución, se está realizando inducción técnica y administrativa auxiliar de enfermería y no actividades de la obligación.	N/A
10. Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo - COPASST- y a la brigada escolar institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, donde se incluye el procedimiento operativo normalizado por COVID-19.	Durante este período de ejecución, se está realizando inducción técnica y administrativa auxiliar de enfermería y no actividades de la obligación.	N/A
11. Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual	Realicé informe de actividades contractuales correspondiente al mes de abril, en donde consigné cada una de mis acciones realizadas	Inf_abril
12. Seguir los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social, así como de las autoridades competentes para el manejo, la prevención,	Realicé revisión de la pagina de la secretaria de educación https://www.educacionbogota.edu.co/portal_institucional/coronavirus en donde realicé revisión de información del correcto lavado de manos para la prevención de COVID-19	20210429Pant_SED_Covid

2. EJECUCION DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual	Actividades realizadas	Evidencia Verificable
contención y mitigación de la pandemia por COVID-19, así como consultar y poner en práctica los protocolos establecidos por la Entidad en la prevención del COVID-19.		

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

ITEM	PERÍODO PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR APORTADO	ENTIDAD
SALUD	N/A	N/A	N/A	COMPENSAR
PENSIÓN	N/A	N/A	N/A	PROTECCION
ARL	N/A	N/A	N/A	SURA

4. ESTADO RADICACIÓN DE LA CORRESPONDENCIA

Una vez revisado el aplicativo de seguimiento de la correspondencia a cargo del contratista, se identificó que SI__ NO X se encuentran radicados pendientes a la fecha, para el período objeto del presente informe.
La anterior información corresponde a la verificación realizada por el responsable del manejo de la correspondencia en el área, remitida por correo electrónico, el cual se adjunta al presente en 01 folio.

5. INGRESO A ALMACEN

N/A

6. DECLARACIÓN ESPECIAL

El contratista declara que toda la información relacionada en el presente informe corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del respectivo periodo, así como los pagos efectuados en el marco del Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI. Esta declaración se realiza bajo la responsabilidad del contratista.

La supervisión verificó el cumplimiento de las actividades a cargo del contratista, en virtud de lo cual se establece la procedencia de la autorización del pago/ desembolso No. 01, el cual corresponde a $ $358,667 trecientos cincuenta y ocho mil seiscientos sesenta y siete pesos m/cte. A la fecha el porcentaje de ejecución es: 6 %

Fecha de elaboración: 30/04/2021

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación: —

Fecha de Radicación: D 29 M 04 A 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	59
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]			

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Delgado	Segundo Apellido: Echeverri	Primer Nombre: Yuri	Segundo Nombre: Jasleidy

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	53081983	Femenino [X] Masculino [ ]	D 07 M 08 A 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F [X] M [ ] Condición T [ ] P [ ]	305.		Sura	Proteccion

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
908526	Cra 3 # 41-22 Sur	2061752 Teléfono fijo	3124507696 Teléfono celular	
Correo electrónico: jasleidy2@gmail.com	Ciudad: Bogotá	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad: San cristobal 4	Departamento: Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	D D M M A A A A													
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.	CL 13	
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [X] cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VIII. FIRMAS

Yuri Delgado E.

55. El empleador, apoderado o representante legal de la Entidad Responsable de la Afiliación Colectiva, Institucional o de Oficio

29 ABR 2021
Cód 628 María Isabel Gómez P.
SUJETO A VERIFICACIÓN

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la ordenación legal o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en el que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la sentencia que declare la ausencia de uno o de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de la Dirección de Excepciones del Ministerio Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio: [ ] Código del departamento: [ ]	Número de la ficha: [ ] Puntaje: [ ] Nivel: [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad: [ ]	Número de documento de identidad		

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DELGADO ECHEVERRI YURI JASLEIDY** identificado(a) con **CC** número **53.081.983** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de abril de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202104061803

Escaneado con CamScanner

ARL | sura

Medellín, 29 de abril de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que YURI JASLEIDY DELGADO ECHEVERRI identificado(a) con cédula de ciudadanía 53081983 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 26/04/2021 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2021

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SECRETARIA DE EDUCACION N899999906114

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1751201 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA EN GENERAL, INCLUYE MINISTERIOS, ORGANOS, ORGANISMOS Y DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS EN LOS NIVELES CENTRAL, REGIONAL Y LOCAL

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000010 - AUXILIARES DE ENFERMERIA- INCLUSION

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0,522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1853201 - EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO, INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS, ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1853201 - EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO, INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS, ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1853201

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

Su pago lo debe realizar con riesgo 1 (0,522 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C530819832111947292

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 29/04/2021 1.08 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 186.31.69.35, 198.143.41.19, 172.16.42.57

Escaneado con CamScanner

De: MARTHA MAGDALENA GONZALEZ HIGUERA <mgonzalezh@educacionbogota.gov.co>
Enviado: miércoles, 28 de abril de 2021 16:09
Para: JOSE FERNANDO GONZALEZ ORTIZ <jfgonzalez@educacionbogota.gov.co>; JHOSTYN HERNANDO GUAVITA TRUJILLO <jguavita@educacionbogota.gov.co>; JORGE EDUARDO CORTES GACHA <jcortesg@educacionbogota.gov.co>
Cc: MARYSOL MENDEZ CORTES <mmendezc@educacionbogota.gov.co>; ROCIO FLOREZ MONTOYA <rflorez@educacionbogota.gov.co>
Asunto: CORRESPONDENCIA DEL 1 AL 30 DE ABRIL DE 2021

Cordial saludo;

Me permito informar que a la fecha Ustedes se encuentran a paz y salvo con el Sistema de Correspondencia SIGA y SDQS

NOMBRE APOYO	CONTRATO	CEDULA
LEIDY VIVIANA CALDERON DUARTE	CO1.PCCNTR.2438915	1012410711
YERALDINE PAOLA YEPES ARAGON	CO1.PCCNTR.2447300	1023004795
ANA MILENA RODRIGUEZ BERNAL	CO1.PCCNTR.2447578	1073506657
LUISA FERNANDA GARZON NUÑEZ	CO1.PCCNTR.2448017	1121879124
ANGELA MARÍA HURTADO SILVA	CO1.PCCNTR.2449232	52966338
BERTA LILIANA SANCHEZ ALFARO	CO1.PCCNTR.2449241	55312539
JENNIFER DAYHANNA JAIMES DUEÑAS	CO1.PCCNTR.2449612	1024508756
JENNIFER KARINA MANZANARES ZAMUDIO	CO1.PCCNTR.2453823	1078828841
DEISY LEVY BORRAY RIVERA	CO1.PCCNTR.2453834	1010176372
ESTEFANIA OCAMPO PUENTES	CO1.PCCNTR.2458851	1144140191
HANYI ASTRID FAJARDO ARDILA	CO1.PCCNTR.2453828	1022415637
JAZMIN CORREDOR MARTINEZ	CO1.PCCNTR.2457423	52289533
MILDRED DAYARI REYES NIÑO	CO1.PCCNTR.2454555	1010049921
NOHORA YADIRA MORENO MEDINA	CO1.PCCNTR.2454348	53071826
YESSICA LORENA SALAZAR LARA	CO1.PCCNTR.2454691	1022952070
YURY JASLEIDY DELGADO ECHEVERRY	CO1.PCCNTR.2455052	53081983
CARMEN CECILIA PACHECO FIGUEROA	CO1.PCCNTR.2453309	30060858

Secretaría de Educación

MARTHA MAGDALENA GONZALEZ HIGUERA
Auxiliar Administrativo
Dirección de Bienestar Estudiantil
Av. El Dorado No. 66 - 63
Código postal: 111321
PBX: (+571) 324 1000 **Ext.:** 3119
Directo: 3241000
www.educacionbogota.edu.co
Información: Línea 195