## EVALUACION TECNICA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE Y SU PROPUESTA:

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre de la Entidad o Persona Jurídica** | | FUNDACION SURCOS |
| **Nombre de la Institución o Unidad Aplicativa** | | FUNDACION SURCOS |
| **Oferta de servicio** | Modalidad | INTERNADO |
| | Población | Niñas y adolescentes de 6 a 18 años, con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. |

| **Propuesta de cupos presentada** | **Número de Cupos** | **Rango de Edad** | | **Género (marque X)** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Desde | Hasta | Femenino | Masculino | Mixto |
| | 60 | 6 | 18 | | | x |

2. VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DEL COMPONENTE TECNICO DE LA PROPUESTA

| **N°** | **REQUISITO** | **SOPORTES EN DOCUMENTACIÓN** | **CUMPLE** | |
|---|---|---|---|---|
| | | | **SI** | **NO** |
| **1.** | Licencia de funcionamiento | # Resolución: 1624<br>Fecha expedición: 6 de Julio de 2022<br>Fecha vencimiento: 8 de Julio de 2024<br><br># Resolución:1023-modificatoria<br>Fecha expedición: 1 de Junio de 2023 | X | |
| **2.** | Ubicación del servicio | Dirección: Cara 35 Bis No. 58-55<br>Ciudad: Bogotá D.C.<br>Rural/Urbana: Urbana | X | |
| **3.** | Comunicación en la que la entidad se comprometa a cumplir con los requisitos establecidos en los documentos técnicos vigentes para las modalidades de Restablecimiento de Derechos. | Presenta certificado firmado por el representante legal donde se comprometen a cumplir con cada uno de los Lineamientos establecidos para la modalidad. | X | |



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

RESULTADO: La propuesta **SÍ CUMPLE_X_ NO CUMPLE __**con los requisitos establecidos en la invitación a proponer.

| **OBSERVACIONES (**Anotar las observaciones a que haya lugar, si es necesario, utilizar el revés de la hoja y firmarla): | |
|---|---|
| **EVALUADOR:** | **V°B° Coordinadora Grupo de Protección:** |
| Firma: _____<br>Nombre: Alexandra Muñoz Vidal<br>Cargo: Psicólogo – Apoyo a la supervisión<br><br>Firma: _____<br>Nombre: Adriana Luisa Sánchez Delgado<br>Cargo: Trabajador Social - Apoyo a la Supervisión | Firma:<br><br>Nombre: Viviana Stella Hastamorir<br>Cargo: Coordinadora del Grupo de Protección<br>Fecha: Marzo 2024 |



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