Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	17/09/2025	Ciclo de entrevistas	1 Ciclo	Código EC	47-90-1557	% Cumplimiento	100,00%

Datos de la entidad contratista

Regional	Entidad contratista	NIT Entidad Contratista
Magdalena	Fundación centro de desarrollo social - Cedesocial	802007962-1

Nombre Representante Legal EC	Nombre de la sede de atención	
Cristian Mulford Castro	0	
Dirección de la sede de atención	**Municipio**	**Centro Zonal**
Calle 15 No. 21-29 Barrio Jardín	Santa Marta	Regional

Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico
4394100	3205439743	cristian.mulford@cedesocial.org

Datos del contrato

Subdirección	Modalidad	Jornada de atención	Población que atiende	Tipo de discapacidad
SRD	Hogar sustituto entidad	0	HS: Vulneración - Discapacidad	0

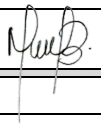
No. Contrato	Cupos contratados	Fecha SECOP aprobación de la póliza	Fecha de inicio del contrato	Fecha de finalización del contrato
4700-393-2025	287	30/06/2025	1/07/2025	31/10/2025

Valor del contrato	Nombre del Supervisor del Contrato	Cargo del supervisor del contrato
$ 2.603.764.584	Lina Maria Bothia Lagos	Profesional especializado Grupo de asistencia técnica

OBLIGACIONES	Cumplimiento
I. DOTACIÓN BÁSICA DE USUARIOS - DORMITORIO	Cumple
II. DOTACIÓN PERSONAL - ELEMENTOS	Cumple
III. DOTACIÓN PERSONAL – CARACTERÍSTICAS	Cumple
IV. DOTACIÓN DE ASEO E HIGIENE	Cumple
V. DOTACIÓN ESCOLAR Y MATERIAL PEDAGÓGICO	Cumple
VI. ACTIVIDADES CULTURALES, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS	Cumple
VII. GUÍA DE ORIENTACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, EN LAS MODALIDADES Y SERVICIO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS – Niños, niñas o adolescentes	Cumple
VIII. CÓDIGO ÉTICO	Cumple

Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3	Entrevistado 4	Entrevistado 5	Entrevistado 6	Entrevistado 7	Entrevistado 8	Entrevistado 9	Entrevistado 10
Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple				

PROFESIONALES DEL ICBF QUE REALIZAN LAS ENTREVISTAS

1. Nombre	María Angélica Vives Bonnett	**2. Nombre**	Omaira Pacheco Polo
CC	1082959143	**CC**	57402564
Profesión	Psicologa	**Profesión**	Madre Sustituta
Teléfono	3166276619	**Teléfono**	3002738124
Firma		**Firma**	
3. Nombre		**4. Nombre**	
CC		**CC**	
Profesión		**Profesión**	
Teléfono		**Teléfono**	
Firma		**Firma**	

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012