Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	6/03/2026	Ciclo de entrevistas	1 Entrevista	Código EC	54-127-655	% Cumplimiento	100,00%

Datos de la entidad contratista

Regional	Entidad contratista	NIT Entidad Contratista
Norte_de_Santander	Fundación familiar pro rehabilitación de farmacodependientes FFARO	800034694-1

Nombre Representante Legal EC	Nombre de la sede de atención	
Luis Edier Usma Osorio	San Jose	
Dirección de la sede de atención	**Municipio**	**Centro Zonal**
Calle 4 No. 1E-32 Local 2 Ceiba	Cúcuta	Gat

Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico
0	3005551913	sanjose@fundacionfaro.org

Datos del contrato

Subdirección	Modalidad	Jornada de atención	Población que atiende	Tipo de discapacidad
SRP	Internación en medio semicerrado	0	RP	0

No. Contrato	Cupos contratados	Fecha SECOP aprobación de la póliza	Fecha de inicio del contrato	Fecha de finalización del contrato
5400-824-2025	50	16/12/2025	16/12/2025	31/07/2026

Valor del contrato	Nombre del Supervisor del Contrato	Cargo del supervisor del contrato
$ 582.867.775	Marlene Betancourt Sepulveda	Profesional especializado Grupo de asistencia técnica

OBLIGACIONES	Cumplimiento
I. DOTACIÓN DE ASEO E HIGIENE	Cumple
II. DOTACIÓN DE ELEMENTOS LÚDICO DEPORTIVOS Y CENTROS DE INTERÉS	Cumple
III. VINCULACIÓN A ACTIVIDADES CULTURALES, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS	Cumple
IV. CÓDIGO DE ÉTICA	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				

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

PROFESIONALES DEL ICBF QUE REALIZAN LAS ENTREVISTAS			
1. Nombre	GENNY ALEXANDRA LAARA	**2. Nombre**	
CC	1090482487	**CC**	
Profesión	TRABAJADORA SOCIAL	**Profesión**	
Teléfono	3014516212	**Teléfono**	
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