Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	25/03/2026	Ciclo de entrevistas	1 Entrevista	Código EC	17-51-335	% Cumplimiento	100,00%

Datos de la entidad contratista

Regional	Entidad contratista	NIT Entidad Contratista
Caldas	Corporación Alberto Arango Restrepo	890802356-8

Nombre Representante Legal EC	Nombre de la sede de atención	
Adriana Arango Gomez	0	
Dirección de la sede de atención	**Municipio**	**Centro Zonal**
Calle 7 No. 6-74 Apto 102 Barrio Centro	Manzanares	Sur Oriente

Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico
8864317 8834319	3183446466	coorape@cedercolombia.org coorhs1@cedercolombia.org liderhs@cedercolombia.org

Datos del contrato

Subdirección	Modalidad	Jornada de atención	Población que atiende	Tipo de discapacidad
SRD	Apoyo psicológico especializado	0	Con PARD	0

No. Contrato	Cupos contratados	Fecha SECOP aprobación de la póliza	Fecha de inicio del contrato	Fecha de finalización del contrato
1700-588-2025	0	31/12/2025	31/12/2025	31/07/2026

Valor del contrato	Nombre del Supervisor del Contrato	Cargo del supervisor del contrato
$ -	Andrea Gutierrez Salazar	Profesional Grupo Interno de Protección Especial y Autoridades Administrativas

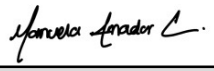
OBLIGACIONES	Cumplimiento
I. GUÍA DE ORIENTACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, EN LAS MODALIDADES Y SERVICIO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS – Niños, niñas o adolescentes	**Cumple**

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**				

II. 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 - Operador	**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	Manuela Amador Castaño	**2. Nombre**	
CC	1053859233	**CC**	
Profesión	Pssicóloga	**Profesión**	
Teléfono	3186998693	**Teléfono**	
Firma		**Firma**	
3. Nombre		**4. Nombre**	
CC		**CC**	
Profesión		**Profesión**	
Teléfono		**Teléfono**	
Firma		**Firma**	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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