Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	23/06/2026	Ciclo de entrevistas	2 Entrevista	Código EC	54-127-656	% 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	Santiago Apostol	
Dirección de la sede de atención	**Municipio**	**Centro Zonal**
Casa A Lote 11 Urbanización La Carolina-Via Bocono Cúcuta	Cúcuta	Gat
Teléfono fijo	**Teléfono móvil**	**Correo electrónico**
0	3005551913	sedesantiago@fundacionfaro.org

Datos del contrato

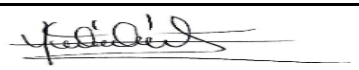
Subdirección	Modalidad	Jornada de atención	Población que atiende	Tipo de discapacidad
SRP	Internado RAJ	0	RAJ	0
No. Contrato	**Cupos contratados**	**Fecha SECOP aprobación de la póliza**	**Fecha de inicio del contrato**	**Fecha de finalización del contrato**
5400-825-2025	57	16/12/2025	16/12/2025	31/07/2026
Valor del contrato	**Nombre del Supervisor del Contrato**		**Cargo del supervisor del contrato**	
$ 1.348.667.098	Marlene Betancourt Sepulveda		Profesional especializado Grupo de asistencia técnica	

OBLIGACIONES										Cumplimiento
I. DOTACIÓN BÁSICA DE USUARIOS - DORMITORIO										**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**	**Cumple**	**Cumple**			
II. DOTACIÓN PERSONAL - ELEMENTOS										**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**	**Cumple**	**Cumple**			
III. DOTACIÓN PERSONAL – CARACTERÍSTICAS										**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**	**Cumple**	**Cumple**			
IV. DOTACIÓN DE ASEO E HIGIENE										**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**	**Cumple**	**Cumple**			

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

V. DOTACIÓN ESCOLAR										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	Cumple	Cumple			
VI. DOTACIÓN DE ELEMENTOS LÚDICO DEPORTIVOS Y CENTRO DE INTERÉS - ARTES										**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	Cumple	Cumple			
VII. ACTIVIDADES CULTURALES, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS										**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	Cumple	Cumple			
VIII. 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	Cumple	Cumple			

PROFESIONALES DEL ICBF QUE REALIZAN LAS ENTREVISTAS			
1. Nombre	YURY DAYEMIS AMOROCHO MUÑIZ	**2. Nombre**	GENNY ALEXANDRA LARA OLIVEROS
CC	1090425402	**CC**	1090482487
Profesión	PSICOLOGA	**Profesión**	TRABAJADORA SOCIAL
Teléfono	3204999873	**Teléfono**	3014516212
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