CERTIFICADO DE IDONEIDAD

La coordinadora del Grupo Interno de Trabajo de Protección Especial y Autoridades Administrativas de la Dirección Regional Bolívar, con base en la información que se relaciona a continuación, certifica la idoneidad del operador :

Modalidad a contratar	**HOGAR SUSTITUTO**
Población a atender	Hogar sustituto Discapacidad para la atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Discapacidad y/o enfermedad de cuidado especial en cupos Discapacidad. Niñas, Niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. Niñas, Niños y adolescentes en edades de cero (0) a (18) años con una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal) con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adoptabilidad, ubicados en los hogares sustitutos. Mayores de (18) años con discapacidad y /o una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal), que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con un PARD abierto y continúan bajo la responsabilidad de una Autoridad Administrativa con proceso administrativo de Restablecimiento de Derechos y cuyo cuidado puede ser asumido por una madre o padre sustitutos. Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años con discapacidad, hijos e hijas de adolescentes desvinculadas de grupos armados organizados al margen de la ley.
Cupos totales a contratar	125
Dirección de la sede administrativa	Barrio Santa Lucia, Manzana E Lote 27
Plazo de ejecución del contrato a suscribir	1 de octubre al 30 de noviembre de 2026
Valor del contrato a suscribir	**SETECIENTOS NOVENTA MILLONES QUINIENTOS DIECIOCHO MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS MCTE ($790.518.125)**

Dirección Sede Operativa	Municipio	Cupos a contratar por sede	No. Resolución de la licencia de funcionamiento
Barrio Santa Lucia, Manzana E Lote 27	Cartagena	125	3304 del 4 de Julio de 2025

Teniendo en cuenta que el operador **FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS,**

Es una entidad sin ánimo de lucro legalmente reconocida.

1. Cuenta con licencia de funcionamiento vigente para la modalidad a contratar.
2. Se ha comprometido con el ICBF en el cumplimiento de los Lineamientos Técnicos y documentos asociados de acuerdo con la modalidad a contratar.

Por lo anterior, me permito manifestar que el operador **FUNDACION CASA DEL NIÑO IPS**, cumple con la capacidad técnica, administrativa, legal y financiera requerida para la modalidad a contratar.

YOMAIRA DEL CARMEN CAMARGO JARAMILLO
Coordinadora Grupo Interno de Trabajo de Protección Especial y Autoridades Administrativas

***Se debe presentar un certificado de idoneidad por cada una de las modalidades a contratar.**
Comunicación oficial revisada y aprobada por el remitente

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