EVALUACIÓN TÉCNICA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE Y SU PROPUESTA:

Nombre de la Entidad o Persona Jurídica		FUNDACION AYUDA A LA INFANCIA HOGARES BAMBI BOGOTÁ
Nombre de la Institución o Unidad Aplicativa		FUNDACION AYUDA A LA INFANCIA HOGARES BAMBI BOGOTÁ
Oferta de servicio	Modalidad	HOGAR SUSTITUTO ONG - VULNERACIÓN / ACOGIMIENTO FAMILIAR - HOGAR SUSTITUTO ONG - VULNERACIÓN
	Población	Niñas, niños y adolescentes víctimas de cualquier tipo de violencias, víctimas de negligencia o abandono, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, Niñas, niños y adolescentes víctimas de cualquier tipo de violencias, víctimas de negligencia o abandono, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adoptabilidad, ubicados en los Hogares Sustitutos. Mayores de (18) años víctimas de cualquier tipo de violencias, víctimas de negligencia o abandono, 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, Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años, hijas e hijos de adolescentes desvinculadas de grupos armados organizados al margen de la ley.

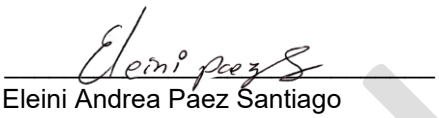
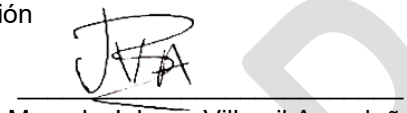
Propuesta de cupos presentada	**Número de Cupos**	**Rango de Edad**		**Género (marque X)**		
		Desde	Hasta	Femenino	Masculino	Mixto
	20	0	18			x

2. VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DEL COMPONENTE TECNICO DE LA PROPUESTA

N°	**REQUISITO**	**SOPORTES EN DOCUMENTACIÓN**	**CUMPLE**	
			SI	**NO**
1.	Licencia de funcionamiento	# Resolución: 0542 Fecha expedición: 21 de marzo de 2025 Fecha vencimiento: 24 de marzo de 2027	X	
2.	Ubicación del servicio	Dirección: Trasversal 5Q No 48J-24 Sur, Barrio Callejón de Santa Barbara. Ciudad: Bogotá Rural/Urbana: Urbana	X	
3.	Comunicación en la que la entidad se comprometa a cumplir con los requisitos establecidos en los documentos técnicos	Presenta certificado firmado por el representante legal donde se comprometen a cumplir con cada uno de los Lineamientos establecidos para la modalidad.	X	

N°	REQUISITO	SOPORTES EN DOCUMENTACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
	vigentes para las modalidades de Restablecimiento de Derechos.			

RESULTADO: La propuesta **SÍ CUMPLE_X_ NO CUMPLE __**con los requisitos establecidos en la invitación a proponer.

OBSERVACIONES (Anotar las observaciones a que haya lugar, si es necesario, utilizar el revés de la hoja y firmarla):	
EVALUADOR:	**V°B° Coordinador Grupo Interno de Trabajo Protección Especial y Autoridades Administrativas:**
Firma:  Nombre: Eleini Andrea Paez Santiago Cargo: Nutricionista Dietista – Apoyo a la supervisión Firma:  Nombre: Mayerly Johana Villamil Avendaño. Cargo: Trabajadora social - Apoyo a la supervisión	Firma:  Nombre: **CÉSAR AUGUSTO CRUZ RODRÍGUEZ** Cargo: **Coordinador Grupo Interno de Trabajo Protección Especial y Autoridades Administrativas** Fecha: 28 de septiembre del 2026

PÚBLICA