FUNDACIÓN PAZCIFICO VIVE
Nit.900937890-5

CERTIFICADO DE COBERTURA

HI DEL JARDIN

"Una Propuesta Social con Inclusión para Todos"
Cel 3117115495
E-mail: fundapazcificovive@gmail.com
Quibdó, Chocó

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR	F5.MO12.PP Versión 1	11/1/2017 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACIÓN PAZCIFICO VIVE			NIT DE LA EAS	900.937.890-5	
REGIONAL	CHOCÓ	CENTRO ZONAL	QUIBDÓ	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	QUIBDPO	
N° CONVENIO	144	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	4/3/2021	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	4/3/2021
					Hasta:	31/12/2021
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:			PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	1/10/2021
	Institucional - Hogar Infantil:		X		Hasta:	31/10/2021
	Familiar:					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	NIZA HISLEYDYS MOSQUERA CÓRDOBA					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	HERMINIA PUENTES HIDALGO					

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio mencionada anteriormente, certifica que:

Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes de **OCTUBRE** del año **2021** cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

COBERTURA PROGRAMADA				COBERTURA ATENDIDA			
GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS	DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO	GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS	DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD
Mujeres gestante y en periodo de lactancia	N/A	N/A	N/A	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	N/A	N/A	N/A
Niños/as menores de 24 meses	1	3	20	Niños/as menores de 24 meses	1	3	210
Niños/as entre 24 y 36 meses	1	34	20	Niños/as entre 24 y 36 meses	1	34	210
Niños/as mayores de 36 meses	1	58	20	Niños/as mayores de 36 meses	1	58	210
TOTAL		95		TOTAL		95	

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los **31** días del mes de **OCTUBRE** del año **2021** en la cuidad de **QUIBDÓ**, a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
NIZA HISLEYDYS MOSQUERA CÓRDOBA	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
C.C.No 54.258.590	

NOTA: PARA LA MODALIDAD FAMILIAR REGISTRAR LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS GRUPALES

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

CERTIFICADO DE COBERTURA

HI TOMÁS PÉREZ

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR	F5.MO12.PP	11/1/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACIÓN PAZCIFICO VIVE			NIT DE LA EAS	900.937.890-5	
REGIONAL	CHOCÓ	CENTRO ZONAL	QUIBDÓ	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	QUIBDPO	
N° CONVENIO	144	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	4/3/2021	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	4/3/2021
					Hasta:	31/12/2021
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:			PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	1/10/2021
	Institucional - Hogar Infantil:		X		Hasta:	31/10/2021
	Familiar:					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	NIZA HISLEYDYS MOSQUERA CÓRDOBA					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	HERMINIA PUENTES HIDALGO					

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio mencionada anteriormente, certifica que:

Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes **OCTUBRE** del año **2021** cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

COBERTURA PROGRAMADA				COBERTURA ATENDIDA			
GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS	DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO	GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS	DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD
Mujeres gestante y en periodo de lactancia	N/A	N/A	N/A	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	N/A	N/A	N/A
Niños/as menores de 24 meses	1	6	20	Niños/as menores de 24 meses	1	6	210
Niños/as entre 24 y 36 meses	1	43	20	Niños/as entre 24 y 36 meses	1	43	210
Niños/as mayores de 36 meses	1	62	20	Niños/as mayores de 36 meses	1	62	210
TOTAL		111		TOTAL		111	

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los **31** días del mes de **OCTUBRE** del año **2021** en la cuidad de **QUIBDÓ**, a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
NIZA HISLEYDYS MOSQUERA CÓRDOBA	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
C.C.No 54.258.590	

NOTA: PARA LA MODALIDAD FAMILIAR REGISTRAR LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS GRUPALES

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

FUNDACIÓN PAZCIFICO VIVE
Nit.900937890-5

CERTIFICADO DE COBERTURA

HI. NICOLÁS MEDRANO

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR			FS.MO12.PP Versión 1	11/1/2017 Página 1 de 1
				Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACIÓN PAZCIFICO VIVE			NIT DE LA EAS	900.937.890-5	
REGIONAL	CHOCÓ	CENTRO ZONAL	QUIBDÓ	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	QUIBDPO	
N° CONVENIO	144	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	4/3/2021	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	4/3/2021
					Hasta:	31/12/2021
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:			PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	1/10/2021
	Institucional - Hogar Infantil:		X		Hasta:	31/10/2021
	Familiar:					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	NIZA HISLEYDYS MOSQUERA CÓRDOBA					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	HERMINIA PUENTES HIDALGO					

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio mencionada anteriormente, certifica que:

Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes **OCTUBRE** del año **2021** cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

COBERTURA PROGRAMADA				COBERTURA ATENDIDA			
GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS	DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO	GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS	DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD
Mujeres gestante y en periodo de lactancia	N/A	N/A	N/A	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	N/A	N/A	N/A
Niños/as menores de 24 meses	1	12	20	Niños/as menores de 24 meses	1	12	210
Niños/as entre 24 y 36 meses	1	33	20	Niños/as entre 24 y 36 meses	1	33	210
Niños/as mayores de 36 meses	1	60	20	Niños/as mayores de 36 meses	1	60	210
TOTAL		105		TOTAL		105	

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los **31** días del mes de **OCTUBRE** del año **2021** en la cuidad de **QUIBDÓ**, a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
NIZA HISLEYDYS MOSQUERA CÓRDOBA	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
C.C.No 54.258.590	

NOTA: PARA LA MODALIDAD FAMILIAR REGISTRAR LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS GRUPALES

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA