BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA SERVICIOS HCB	F5.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACION DE PROFESIONALES PARA LA CONSTRUCCION SOCIAL			NIT DE LA EAS	**9006319661**	
REGIONAL	PUTUMAYO	CENTRO ZONAL	LA HORMIGA	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**VALLE DEL GUAMUEZ,ORITO Y SAN MIGUEL**	
N° CONTRATO	156	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**1/09/2021**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**1/09/2021**
					Hasta:	**30/09/2021**
SERVICIOS DE ATENCIÓN	HCB tradicional Familiar		**X**	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**1/09/2021**
	HCB Agrupado					
	HCB FAMI					
	HCB Multiples				Hasta:	**30/09/2021**
	HCB Empresariales					
	Jardin social					

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**JESSIKA MAYALY URBANO ORDOÑEZ**
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**MARIA EUGENIA SALAZAR**

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 septiembre de del año 2021 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

NOMBRE DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	LAS CABALITAS, MIS TRAVESURAS, LOS ANGELES, MIS PEQUEÑOS ANGELITOS Y MAGIAVENTURA

COBERTURA PROGRAMADA				COBERTURA ATENDIDA				
GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS	DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO	GRUPOS DE EDAD	SERVICIO	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS	DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD
Mujeres gestante y en periodo de lactancia				Mujeres gestante y en periodo de lactancia				
Niños/as menores de 24 meses	**5**	**4**	**21**	Niños/as menores de 24 meses		**5**	**4**	**21**
Niños/as entre 24 y 36 meses	**5**	**28**	**21**	Niños/as entre 24 y 36 meses		**5**	**28**	**21**
Niños/as mayores de 36 meses	**5**	**18**	**21**	Niños/as mayores de 36 meses		**5**	**18**	**21**
TOTAL	**5**	**50**	**21**	TOTAL		**5**	**50**	**21**

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los __30_ días del mes de ___septiembre__ del año __2021____en la cuidad de _____LA HORMIGA_____ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
JESSIKA MAYALY URBANO ORDOÑEZ	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
1080900708	