	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR	F5.MO12.PP Versión 2	11/05/2018 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACIÓN SALUD Y NUTRICIÓN – FUNDASALUD			NIT DE LA EAS	806005881-9	
REGIONAL	BOLÍVAR	CENTRO ZONAL	TURBACO	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	CALAMAR	
N° CONVENIO	13002922022	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	13 DE JULIO DE 2022	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	13 DE JULIO DE 2022
					Hasta:	31 DE OCTUBRE DE 2022
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:		2	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	01 DE AGOSTO DE 2022
	Institucional - Hogar Infantil:		0			
	Familiar:		6		Hasta:	31 DE AGOSTO DE 2022
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	ROSAURA BAUTISTA CELIS					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	NEYS PARDO - COORDINADORA CENTRO ZONAL TURBACO					

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 AGOSTO de del año 2022 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

NOMBRE DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	Centros de Desarrollo Infantil: CDI Mi Nueva Ilusión y CDI Caminos de Sueños Desarrollo Infantil en Medio Familiar DIMF Construyendo Familias Felices, DIMF Ciudad de Dios, DIMF Mis Primeros Pasos, DIMF Jardín de Belén 1, DIMF Jardín de Belén 2, DIMF Jardín de Belén 3

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	6	124	21	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	6	124	21
Niños/as menores de 24 meses	6	357	21	Niños/as menores de 24 meses	6	357	21
Niños/as entre 24 y 36 meses	8	382	21	Niños/as entre 24 y 36 meses	8	472	21
Niños/as mayores de 36 meses	8	283	21	Niños/as mayores de 36 meses	8	193	21
TOTAL	**8**	**1146**	**21**	TOTAL	**8**	**1146**	**21**

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los 31 días del mes de agosto del año 2022 en el municipio de Calamar a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
ROSAURA BAUTISTA CELIS	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
37,834,471	

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	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)				NIT DE LA EAS			
REGIONAL		CENTRO ZONAL		MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO			
N° CONTRATO		FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO		PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:		
					Hasta:		
SERVICIOS DE ATENCIÓN	HCB tradicional Familiar			PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:		
	HCB Agrupado						
	HCB FAMI						
	HCB Multiples				Hasta:		
	HCB Empresariales						
	Jardin social						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS							
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							

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 XXXXX de del año 20XX cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

NOMBRE DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	

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				Niños/as menores de 24 meses				
Niños/as entre 24 y 36 meses				Niños/as entre 24 y 36 meses				
Niños/as mayores de 36 meses				Niños/as mayores de 36 meses				
TOTAL	**0**	**0**	**0**	TOTAL		**0**	**0**	**0**

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los ___ días del mes de _____ del año _____en la cuidad de _____ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012