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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS) | CORPORACIÓN COLOMBIA AVANZA | | | NIT DE LA EAS | **900325081-7** | |
| REGIONAL | ANTIOQUIA | CENTRO ZONAL | VALLE ABURRA NORTE | MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO | **Donmatias** | |
| N° CONVENIO | 5005532024 | FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO | **3/01/2024** | PLAZO DE EJECUCIÓN | Desde: | **3/01/2024** |
| | | | | | Hasta: | **15/12/2024** |
| MODALIDADES DE ATENCIÓN | Institucional - CDI: Saltarines 2 | | **x** | PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA | Desde: | **1/04/2024** |
| | Institucional - Hogar Infantil: | | | | | |
| | Familiar: | | | | Hasta: | **30/04/2024** |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS | **JULIETH LORENA AGUDELO VEGA** | | | | | |
| NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO | **EDGAR QUEVEDO MORENO** | | | | | |

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 abril de del año 2024 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL SALTARINES 2

| 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 | | | | 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 | | **15** | |
| Niños/as mayores de 36 meses | | | | Niños/as mayores de 36 meses | | **51** | |
| **TOTAL** | **1** | **87** | **22** | TOTAL | **1** | **66** | **22** |

| OBSERVACIONES | **Falta cobertura del CDI de 21 usuarios, se está realizando difusión pero es complejo debido a la economia del municipio (la distancia no les da), entre la zona donde vive y la ubicación del CDI.** |
|---|---|

La presente certificación se expide a los _30__ días del mes de 04_____ del año ____2024__en la cuidad de ____Bello_____ a solicitud del supervisor del contrato

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS |
|---|---|
| **JULIETH LORENA AGUDELO VEGA** | Julieth Agudelo Vega |
| 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