BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR	F5.MO12.PP Versión 2	5/11/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	COAFROB CORPORACION AMBIENTAL Y DE DESARROLLO SOCIAL, INTEGRAL DE AFRODESCENDIENTES DEL ZODES DEL MAGADALENA MEDIO BOLIVARENSE			NIT DE LA EAS	**901361790**	
REGIONAL	BOLIVAR	CENTRO ZONAL	SIMITI	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**Cantagallo Bolivar**	
N° CONVENIO	13002562024	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**26 de febrero 2024**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	2/26/2024
					Hasta:	12/31/2024
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:			PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	01 de JULIO del 2024
	Institucional - Hogar Infantil:					
	Familiar:		**X**		Hasta:	30 de JULIO del 2024
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**JORGE NAVARRO**					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**CLARA MARTINEZ**					

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

Unidades: carita feliz, manos creativas, luz de saber, dejando huellas, exploradores, semillita de paz, crecer es mi aventura, mensajero de paz, rayito de sol

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	**9**	**34**	**157**	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	**9**	**34**	**157**
Niños/as menores de 24 meses	**9**	**183**	**157**	Niños/as menores de 24 meses	**9**	**183**	**157**
Niños/as entre 24 y 36 meses	**9**	**173**	**157**	Niños/as entre 24 y 36 meses	**9**	**173**	**157**
Niños/as mayores de 36 meses	**9**	**56**	**157**	Niños/as mayores de 36 meses	**9**	**56**	**157**
TOTAL	**36**	**446**	**157**	TOTAL	**36**	**446**	**157**

OBSERVACIONES	**Se atiende de acuerdo a la Resolución No. 0020 de 2022 de la Dirección General del ICBF "Por la cual adopta el Lineamiento Técnico para la Atención a la Primera Infancia V7 y los Manuales Operativos de la modalidad Familiar V7 , en 108 encuentros grupales en 15 dias de atencion** **Mujer Gestante 34** **Niños y niñas menores de 0 a 6 meses 48** **Niñas mayores de 6 a 11 meses 39** **Niños y niñas de 1 a 2 años 96** **Niños y niñas de 2 a 3 años 98** **Niños y niñas de tres años en adelantes 131**

La presente certificación se expide a los 30 días del mes de JULIO del año 2024 en la cuidad de Cantagallo Bolivar a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
JORGE NAVARRO	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
3864575	

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA SERVICIOS HCB	F5.MO12.PP Versión 2	5/11/2018 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				Hasta:		
	HCB Multiples						
	HCB Empresariales						
	Jardín 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