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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACION MUJERES DE NUESTRO FUTURO			NIT DE LA EAS	**900845972-5**	
REGIONAL	CUNDINAMARCA	CENTRO ZONAL	SOACHA CENTRO	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**SOACHA**	
N° CONVENIO	25002482024	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**07 DE MARZO DE 2024**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**07 DE MARZO DE 2024**
					Hasta:	**31 DE DICIEMBRE DE 2024**
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:			PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**7 DE marzo DE 2024**
	Institucional - Hogar Infantil:					
	Familiar:		**X**		Hasta:	**31 DE marzo DE 2024**
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**MARILYN DE JESUS TORREGROZA ALVAREZ**					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**LINA MARIA FARFAN RODRIGUEZ**					

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

NOMBRE DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	CAZUCA LA ISLA, CIUDADELA SUCRE, OLIVOS, OLIVOS 1, DIMF CIUDAD VERDE, RINCON DE SANTA FE, SAN MATEO, JULIO RINCON, EL REFUGIO, CASA LOMA Y BELLA VISTA.

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	**11**	**210**	**3**	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	**11**	**206**	**3**
Niños/as menores de 24 meses		**845**		Niños/as menores de 24 meses		**459**	
Niños/as entre 24 y 36 meses		**0**		Niños/as entre 24 y 36 meses		**0**	
Niños/as mayores de 36 meses		**0**		Niños/as mayores de 36 meses		**0**	
TOTAL	**11**	**1055**	**3**	TOTAL	**11**	**665**	**3**

OBSERVACIONES	**Los encuentros grupales se realizan una (1) vez por semana. en el mes de Marzo se hicieron 2 encuentros grupales.Para cada UA con una duración mínima de tres horas de trabajo efectivo (2 encuentros al mes por beneficiario o segun fecha de ingreso a la modalidad) A su vez la mitad de encuentros en el hogar, debido a que la atención va solo hasta mitad de mes. y el encuentro en el hogar se realiza con la mitad de las familias e cada UA con una duración que oscila entre 60 y 90 minutos .**

La presente certificación se expide a los _05__ días del mes de _ABRIL___ del año __2024____en la ciudad de ____SOACHA____ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
MARILYN DE JESUS TORREGROZA ALVAREZ	Marilyn Torregroza
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
1221972875	

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