## COBERTURA ATENDIDA PARA LAS MODALIDADES DE PROTECCION

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE INSTITUCION** | **FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA - FANA** | | | **NIT INSTITUCION** | | 860.032.186-9 | |
| **REGIONAL** | BOGOTA | **MUNICIPIOS DE PRESTACION DEL SERVICIO** | **MARQUE CON UNA X** | **No. DEL CONTRATO** | No. 11008352024 | **DIAS DE ATENCION** | 30 |
| **MODALIDADES DE ATENCIÓN** | SRPA | | | **DIRECCION SEDE ADMINISTRATIVA** | | Cra 96 No 156 b 18 | |
| | POBLACION ESPECIAL | | | | | | |
| | CASA HOGAR | | | | | | |
| | INTERNADO DISCAPACIDAD | | | **DIRECCION SEDE PRESTADORA DEL SERVICIO** | | Cra 96 No 156 b 18 | |
| | INTERNADO DIS. MENTAL | | | | | | |
| | INTERNADO DE 0 A 8 AÑOS | | X | | | | |
| | CENTRO DE EMERGENCIA | | | **PLAZO DE EJECUCIÓN CONTRATO** | | **Desde:** | **01/04/2024** |
| | HOGAR SUSTITUTO | | | | | **Hasta:** | **30/11/2024** |
| | HOGAR TUTOR | | | **PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA** | | **Desde:** | **01/08/2024** |
| | SEMIINTERNADO | | | | | | |
| | EXTERNADO | | | | | **Hasta:** | **31/08/2024** |

**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 <u>periodo del 01 al 31 de AGOSTO del año 2024</u> cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.**

| | | | **CUPOS ATENDIDOS** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **MODALIDAD** | **No. De CUPOS** | **No. De DIAS** | **MODALIDAD** | **No. De CUPOS** | **No. De USUARIOS** | **DIAS DE ATENCION** |
| **INTERNADO 0 a 8 años** | **92** | **2760** | **INTERNADO 0 a 8 años** | **88 cupos y 13 días** | **101** | **2653,0** |
| **TOTAL** | **92** | **2760** | **TOTAL** | **88 cupos y 13 días** | **101** | **2653,0** |

**OBSERVACIONES**

La presente certificación se expide el día **1 del mes de SEPTIEMBRE del año 2024** en la cuidad de Bogota a solicitud del supervisor del contrato **No.11008352024**

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL |
|---|---|
| **ELENA MARTINEZ PINEDA** | |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE APOYO A LA SUPERVISION | FIRMA APOYO A LA SUPERVISION TECNICA |
| **ADRIANA TRIANA** | |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO | FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO |
| **OSCAR JAVIER BOLIVAR CHICACAUSA** | |