	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)	FUNDACION RAIZ SOCIAL			NIT DE LA EAS	**900126343 - 7**	
REGIONAL	BOLIVAR	CENTRO ZONAL	CARMEN DE BOLIVAR	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**SAN JUAN NEPOMUCENO**	
N° CONVENIO	13003802025	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**17/02/2025**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**17/02/2025**
					Hasta:	**30/09/2025**
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:			PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**1/04/2025**
	Institucional - Hogar Infantil:					
	Propia - EIC		**X**		Hasta:	**30/04/2025**
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**SORAYA ROMERO BAYUELO**					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**GREGORIA DE LA CRUZ DIAZ ARROYO**					

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 **ABRIL** de del año 2025 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

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	**13**	**262**	**16**	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	**13**	**262**	**16**
Niños/as menores de 24 meses		**476**		Niños/as menores de 24 meses		**476**	
Niños/as entre 24 y 36 meses		**86**		Niños/as entre 24 y 36 meses		**86**	
Niños/as mayores de 36 meses		**66**		Niños/as mayores de 36 meses		**66**	
TOTAL	**13**	**890**	**16**	TOTAL	**13**	**890**	**16**

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los __30_ días del mes de _**ABRIL**____ del año __2025____en la cuidad de ___CARTAGENA _ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
SORAYA ROMERO BAYUELO	Soraya Romero B.
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
30.771.818	

NOTA: PARA LA MODALIDAD PROPIA - EIC 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