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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACIÒN ALMA DE VIDA			NIT DE LA EAS	**901345939**		
REGIONAL	NARIÑO	CENTRO ZONAL	PASTO 1	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**CHACHAGUI - TABLON DE GOMEZ**		
N° CONVENIO	52003562025	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**3/28/2025**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**3/28/2025**	
					Hasta:	**9/30/2025**	
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:		**169**	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**4/14/2025**	
	Institucional - Hogar Infantil:		**0**				
	Familiar:		**92**		Hasta:	**4/30/2025**	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**SABULON ROJAS VALENCIA**						
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**ROLANDO IVAN MUÑOZ PUETAMAN**						

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.

El contrato 52003562025 sin alimentos, se inicio el dia 28 de marzo del 2025, con fase alistamiento. La atenciòn con usuariosse inicia el dia 14 de abril teniendo en cuenta previos acuerdos de organizaciòn con proveedor de Alimentos ASOCHACHAGUI, se especifica que desde el servicio de EIH se realizaron los 4 encuentros grupales y con la entrega de RPP.

				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	**6**	**11**	**4**	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	**6**	**11**	**4**
Niños/as menores de 24 meses	**6**	**34**	**4**	Niños/as menores de 24 meses	**6**	**34**	**4**
Niños/as entre 24 y 36 meses	**6**	**21**	**4**	Niños/as entre 24 y 36 meses	**6**	**20**	**4**
Niños/as mayores de 36 meses	**6**	**26**	**4**	Niños/as mayores de 36 meses	**6**	**26**	**4**
TOTAL	**6**	**92**	**4**	TOTAL	**6**	**91**	**4**

OBSERVACIONES	**EN LA UNIDAD DE EIH ESTRELLITAS DEL SABER 3, FALTO COMPLETAR LA COBERTURA CONTRATADA Y FALTA UN USUARIO, NO SE PRESENTARON INASISTENCIAS.**

La presente certificación se expide a los 30 días del mes de Abril del año 2025 en la cuidad de Pasto a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
SABULON ROJAS VALENCIA	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
97,448,232	

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