	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR	F5.MO12.PP	11/05/2018
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	CORHUELLAS			NIT DE LA EAS	**NIT 900192801-0**	
REGIONAL	HUILA	CENTRO ZONAL	LA PLATA	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**LA ARGENTINA**	
N° CONVENIO		FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO		PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**25/02/2025**
					Hasta:	**30/09/2025**
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:		**X**	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**1/04/2025**
	Institucional - Hogar Infantil:					
	Familiar:				Hasta:	**30/04/2025**
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**LUZ ANGELA URBANO ONATRA**					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**Claudia Liliana Vidal Floriano**					

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio mencionada anteriormente, certifica que:

La unidad de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes abril del año **2025,** cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de esta modalidad.

INSTITUCIONAL: CDI LA ARGENTINA

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		**0**		Mujeres gestante y en periodo de lactancia		**0**	
Niños/as menores de 24 meses		**0**		Niños/as menores de 24 meses		**0**	
Niños/as entre 24 y 36 meses	**1**	**14**	**17**	Niños/as entre 24 y 36 meses	**1**	**14**	**17**
Niños/as mayores de 36 meses		**66**		Niños/as mayores de 36 meses		**66**	
TOTAL	**1**	**80**	**17**	TOTAL	**1**	**80**	**17**

OBSERVACIONES	**Durante el me de abril no se presento ninguna observación**

La presente certificación se expide a los _30__ días del mes de _ abril ____ del año _2025_____en el Municipio de ____La Argentina ___ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
LUZ ANGELA URBANO ONATRA	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
1083869402	

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