REPORTE DE COBERTURA ATENDIDA MENSUAL
ICBF - Regional Antioquia

1. ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	CORPORACIÓN CREER MAS	3. Fecha: Presentacion del informe	dd: 1 / mm: 3 / aa: 2025
2. CENTRO ZONAL	CZ 15 PENDERISCO		
4. NOMBRE DE LA PERSONA QUE ELABORA EL INFORME	DIANA USMA	5. E-MAIL:	diana.usma@creermas.org
6. Tel fijo		7. Cel	3015678429
8. PERIODO DEL REPORTE DE ATENCIÓN	Desde: dd 1 / mm 2 / aa 2025	Hasta:	dd 28 / mm 2 / aa 2025

9. MUNICIPIO	10. SERVICIO	COBERTURA PROGRAMADA: 11. UNIDADES DE SERVICIO	COBERTURA PROGRAMADA: 12. CUPOS	COBERTURA PROGRAMADA: 13. USUARIOS	NN sin ninguna condicion: 14. Menor a 2 años F	14. Menor a 2 años M	15. de 2 años a 5 años F	15. de 2 años a 5 años M	NN Grupo étnico: 16. Afrodescendiente (De 0 años a 5 años) F	16. Afrodescendiente M	17. Indigena (De 0 años a 5 años) F	17. Indigena M	18. NN en situación de discapacidad (De 0 años a 5 años) F	18. M	19. NN Desplazados / Victima F	19. M	20. NN Desplazado discapacitado F	20. M	21. Total Niños, Niñas F	21. M	Mujeres: 22. Gestantes	Mujeres: 23. Lactantes	24. Total Niños, Niñas Adolescentes Gestantes, Lactantes, Adultos Gestantes y Lactantes F	24. M	25. TOTAL UNIDADES	26. TOTAL CUPOS	27. TOTAL USUARIOS ATENDIDOS	28. Adultos Acompañantes F	28. M	29. Cod_Municipio	30. CÓDIGO DEL SERVICIO
Betulia	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	14	182	182	4	7	66	80											70	87			70	87	14	157	157			5093	42000500000101
Betulia	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	3	45	45	5	5													5	5	7	12	24	5	3	29	29	45		5093	420004
Concordia	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	3	39	39	2	0	10	16											12	16			12	16	3	28	28			5209	42000500000101
Concordia	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	7	105	105	23	16													23	16	18	19	60	16	7	76	76	105		5209	420004

ALBERTO GUBBAY PEREZ
REPRESENTANTE LEGAL
CC. 71.621.498