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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	CORPORACIÓN COLOMBIA AVANZA			NIT DE LA EAS	**900325081-7**	
REGIONAL	ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL	VALLE ABURRA NORTE	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**Donmatias**	
N° CONVENIO	5005532024	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**3/01/2024**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**3/01/2024**
					Hasta:	**30/12/2024**
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI: Saltarines 2		**x**	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**12/01/2024**
	Institucional - Hogar Infantil:					
	Familiar:				Hasta:	**13/12/2024**
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**JULIETH LORENA AGUDELO VEGA**					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**SOL ANGEL ESCOBAR PEREZ**					

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 de DICIEMBRE de del año 2024 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL SALTARINES 2

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	**1**		**10**	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	**1**	**0**	**10**
Niños/as menores de 24 meses				Niños/as menores de 24 meses		**0**	
Niños/as entre 24 y 36 meses		**25**		Niños/as entre 24 y 36 meses		**12**	
Niños/as mayores de 36 meses		**62**		Niños/as mayores de 36 meses		**70**	
TOTAL	**1**	**87**	**10**	TOTAL	**1**	**82**	**10**

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los _30__ días del mes de DICIEMBRE_____ del año ____2024__en la cuidad de ____Bello_____ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
JULIETH LORENA AGUDELO VEGA	Julieth Agudelo Vega
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
1020405726	

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