	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA SERVICIOS HCB	F5.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACION PARA EL FUTURO INTEGRAL Y COMUNITARIO FUNFIC			**NIT DE LA EAS**	901581121-3	
REGIONAL	NARIÑO	**CENTRO ZONAL**	PASTO 1	**MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO**	CHACHAGUI	
N° CONTRATO	520010382024	**FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO**	30/12/2024	**PLAZO DE EJECUCIÓN**	Desde:	30/12/2024
					Hasta:	30/06/2026
SERVICIOS DE ATENCIÓN	**HCB tradicional Familiar**			**PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA**	Desde:	1/08/2025
	HCB Agrupado					
	HCB FAMI		X		Hasta:	30/08/2025
	HCB Multiples					
	HCB Empresariales					
	Jardin social					

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	SILVANA LORENA HERNANDEZ MARCILLO
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	JOHANNA ELIZABETH RIOS GUSTIN

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

NOMBRE DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	DULCES ANGELITOS, MIS PEQUEÑOS CHIQUITINES, MIS CHIQUITINES, MIS PERSONITAS DEL MAÑANA, RAYITOS DE SOL, MIS CLAVELITOS, MIS CAPULLITOS, MIS CHIQUITINES

COBERTURA PROGRAMADA				**COBERTURA ATENDIDA**				
GRUPOS DE EDAD	**N° DE UDS**	**N° DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS**	**DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO**	**GRUPOS DE EDAD**	**SERVICIO**	**N° DE UDS**	**N° DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS**	**DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD**
Mujeres gestante y en periodo de lactancia	8	48	1 MES	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	HCB FAMI	8	48	1 MES
Niños/as menores de 24 meses		57	1 MES	Niños/as menores de 24 meses	HCB FAMI		57	1 MES
Niños/as entre 24 y 36 meses		0	1 MES	Niños/as entre 24 y 36 meses	HCB FAMI		0	1 MES
Niños/as mayores de 36 meses		0	1 MES	Niños/as mayores de 36 meses	HCB FAMI		0	1 MES
TOTAL	**8**	**105**	**1 MES**	TOTAL		**8**	**105**	**1 MES**

OBSERVACIONES	Para el mes de Agosto de 2025 se presentaron 15 bajas coberturas en la modalidad.

La presente certificación se expide a los 30 días del mes de Agosto 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**
SILVANA LORENA HERNANDEZ MARCILLO	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
37081352	

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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA SERVICIOS HCB	F5.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACION PARA EL FUTURO INTEGRAL Y COMUNITARIO FUNFIC			**NIT DE LA EAS**	901581121-3	
REGIONAL	NARIÑO	**CENTRO ZONAL**	PASTO 1	**MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO**	CHACHAGUI	
N° CONTRATO	520010382024	**FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO**	30/12/2024	**PLAZO DE EJECUCIÓN**	Desde:	30/12/2024
					Hasta:	30/06/2026
SERVICIOS DE ATENCIÓN	**HCB tradicional Familiar**		X	**PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA**	Desde:	1/08/2025
	HCB Agrupado					
	HCB FAMI				Hasta:	30/08/2025
	HCB Multiples					
	HCB Empresariales					
	Jardin social					

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	SILVANA LORENA HERNANDEZ MARCILLO
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	JOHANNA ELIZABETH RIOS GUSTIN

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

NOMBRE DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	MI REFUGIO, ALEGRIA, MI PEQUEÑO MUNDO, SEMILLITAS DE AMOR Y PAZ, SEMILLITAS DEL SABER, BELLA VISTA

COBERTURA PROGRAMADA				**COBERTURA ATENDIDA**				
GRUPOS DE EDAD	**N° DE UDS**	**N° DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS**	**DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO**	**GRUPOS DE EDAD**	**SERVICIO**	**N° DE UDS**	**N° DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS**	**DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD**
Mujeres gestante y en periodo de lactancia	6	0	19	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	HOHARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR (HCB)	6	0	19
Niños/as menores de 24 meses		2	19	Niños/as menores de 24 meses	HOHARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR (HCB)		2	19
Niños/as entre 24 y 36 meses		16	19	Niños/as entre 24 y 36 meses	HOHARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR (HCB)		16	19
Niños/as mayores de 36 meses		32	19	Niños/as mayores de 36 meses	HOHARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR (HCB)		32	19
TOTAL	**6**	**50**	**19**	**TOTAL**		**6**	**50**	**19**

OBSERVACIONES	Para el mes de Agosto de 2025 se presentaron 28 bajas coberturas en la modalidad.

La presente certificación se expide a los 30 días del mes de Agosto 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**
SILVANA LORENA HERNANDEZ MARCILLO	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
37081352	

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