REPORTE DE COBERTURA ATENDIDA MENSUAL
ICBF - Regional Antioquia

1. ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	CORPORACIÓN CREER MAS						3. Fecha: Presentacion del informe		dd	mm	aa
2. CENTRO ZONAL	CZ 15 PENDERISCO								1	9	2025
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: 8	aa: 2025	Hasta:	dd: 31	mm: 8	aa: 2025			

9. MUNICIPIO	10. SERVICIO	COBERTURA PROGRAMADA			COBERTURA ATENDIDA																											
		11. UNIDADES DE SERVICIO	12. CUPOS	13. USUARIOS	NN sin ninguna condicion				NN Grupo étnico				18. NN en situación de discapacidad		19. NN Desplazados / Victima		20. NN Desplazado discapacitado		21. Total Niños, Niñas		Mujeres		24. Total Niños, Niñas Adolescentes Gestantes, Lactantes, Adultos Gestantes y Lactantes		25. UNIDADES TOTAL	26. CUPOS TOTAL	27. USUARIOS TOTAL ATENDIDOS		28. Adultos Acompañantes		29. Cod_Municipio	30. CÓDIGO DEL SERVICIO
					14. Menor a 2 años		15. de 2 años a 5 años		16. Afrodescendiente		17. Indigena										22. Gestante	23. Lactantes										
					De 0 años a 5 años				De 0 años a 5 años																									
					F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M			F	M								
Betulia	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	14	182	182	2	0	71	86							10	19			73	86			73	86		159	159				5093	42000500000101
Betulia	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	3	45	45	15	11	0	0	3						3	1			15	11	4		19	11		30	30	34		5093	420004
Concordia	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	3	39	39	0	0	12	16					2						12	16			12	16		28	28			5209	42000500000101
Concordia	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	7	105	105	36	38	0	0											36	38	12		48	38		86	86	57		5209	420004

ALBERTO GUBBAY PEREZ
REPRESENTANTE LEGAL
CC. 71.621.498