## CERTIFICACION DE COBERTURA ATENDIDA PARA LAS MODALIDADES DE PROTECCION

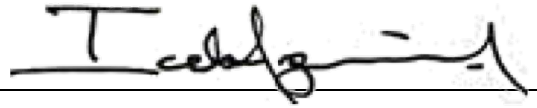
| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE INSTITUCION** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA | | | **NIT INSTITUCION** | | 8600321869 | |
| **REGIONAL** | BOGOTA | **MUNICIPIOS DE PRESTACION DEL SERVICIO** | **MARQUE CON UNA X** | **No. DEL CONTRATO** | 11013632025 | **DIAS DE ATENCION** | 30 |
| **MODALIDADES DE ATENCIÓN** | SRPA | | | **DIRECCION SEDE ADMINISTRATIVA** | | Carrera 96 #156b-18 Suba Salitre | |
| | POBLACION ESPECIAL | | | | | | |
| | CASA HOGAR | | | **DIRECCION SEDE PRESTADORA DEL SERVICIO** | | Carrera 96 #156b-18 Suba Salitre | |
| | INTERNADO DISCAPACIDAD | | | | | | |
| | INTERNADO DIS. MENTAL PSICOSOCIAL | | | | | | |
| | INTERNADO ATENCION ESPECIALIZADA | | | | | | |
| | CENTRO DE EMERGANCIA | | | **PLAZO DE EJECUCIÓN CONTRATO** | | **Desde:** | **26-jun-2025** |
| | HOGAR SUSTITUTO | | X | | | **Hasta:** | **31-oct-2025** |
| | HOGAR TUTOR | | | **PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA** | | **Desde:** | **01-oct-2025** |
| | SEMIINTERNADO | | | | | | |
| | EXTERNADO | | | | | **Hasta:** | **31-oct-2025** |

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

| CUPOS CONTRATADOS | | | | CUPOS ATENDIDOS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MODALIDAD** | | **No. De CUPOS** | **No. De DIAS** | **MODALIDAD** | **No. De CUPOS** | **No. De USUARIOS** | **DIAS DE ATENCION** |
| **HOGAR SUSTITUTO** | | **20** | **129** | **HOGAR SUSTITUTO** | **12 CUPOS Y 14,5 DÍAS DE ATENCIÓN** | **13** | **374,5** |
| **TOTAL** | | **20** | **129** | **HOGAR SUSTITUTO** | **12 CUPOS Y 14,5 DÍAS DE ATENCIÓN** | **13** | **374,5** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBSERVACIONES** | DETALLE DE INGRESO Y EGRESO | **TOTAL** | TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PUNTO CINCO DÍAS DE ATENCIÓN |

La presente certificación se expide el 1 de noviembre de 2025, en la ciudad de BOGOTA a solicitud del supervisor del contrato No. 11013632025

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL | **ELENA MARTINEZ PINEDA** | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE APOYO A LA SUPERVISION TECNICA | **SILETH CAROLINA VILORIA A** | FIRMA APOYO A LA SUPERVISION TECNICA |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO | **ROSA ICELA ARGUELLO** | FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO |  |