BIENESTAR FAMILIAR	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 GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN			NIT DE LA EAS	**800189920-5**	
REGIONAL	BOLIVAR	CENTRO ZONAL	INDUSTRIAL Y LA BAHIA	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**CARTAGENA**	
N° CONTRATO	130011712024	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**31/12/2024**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**1/01/2025**
					Hasta:	**30/06/2026**
SERVICIOS DE ATENCIÓN	HCB tradicional Familiar		**X**	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**1/10/2025**
	HCB Agrupado				Hasta:	**30/10/2025**
	HCB FAMI					
	HCB Multiples					
	HCB Empresariales					
	Jardin social					

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**ROSA MARTINEZ CASTRO**
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**BEARLEY SALAS GONZALEZ**

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 OCTUBRE 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	MIS ESTRELLITAS , GOTITAS DE AMOR 2 , CARITAS FELICES, CARRUSEL, TIN TIN ,ESTRELLITAS DE JESUS , LOS CAPULLITOS, MIS PEQUEÑOS TRAVIESOS , MI PEQUEÑO GENIUO , MI JARDINSITO , LOS PEQUEÑINES ,MI PEQUEÑO MUNDO , LAS RAICITAS , HOJITAS DE LIMON , EL PRINCIPIUO DEL SABER, CHISPITAS MAGICAS , JARDIN MAGICO , ESPERANZA , AMIGUITOS , CARIÑOSITOS, MIS ESTRELLITAS , MI NUEVA ILUSION , MANITAS TRAVIESAS , HOGAR CAMPANITA, ANGELITO ALEGRE , MARINERITO , MI PRIMERA JORNADA , EL TRIUNFO , LOS LAURELES , LOS EUCALIPTOS , MI ACUARIO, CARIÑOSITO , LOS SAUSALITOS, MIS PEQUEÑAS RAMITAS , LAS ASUCENITAS , PEQUEÑIN , LAS FLORECITAS , LOS PINITOS , MIS PRIMERAS LUCES,MIS AMIGUTOS , NIS CAPULLITOS.

				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				Mujeres gestante y en periodo de lactancia				
Niños/as menores de 24 meses	**41**	**15**	**22**	Niños/as menores de 24 meses	COMUN ITARIO	**41**	**15**	**22**
Niños/as entre 24 y 36 meses	**41**	**330**	**22**	Niños/as entre 24 y 36 meses	COMUN ITARIO	**41**	**330**	**22**
Niños/as mayores de 36 meses	**41**	**188**	**22**	Niños/as mayores de 36 meses	COMUN ITARIO	**41**	**188**	**22**
TOTAL	**41**	**533**		TOTAL		**41**	**533**	

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los _30__ días del mes de ___10__ del año __2025____en la cuidad de ___CARTAGENA ___ a solicitud del supervisor del contrato.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
ROSA MARTINEZ CASTRO	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
45,468,272	

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