REPORTE DE COBERTURA ATENDIDA MENSUAL

ICBF - Regional Antioquia

1. ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	CORPORACIÓN CREER MAS	3. Fecha: Presentacion del informe	dd: 1	mm: 12	aa: 2025
2. CENTRO ZONAL	CZ 15 PENDERISCO				
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 11 / aa 2025	Hasta: dd 30 / mm 11 / aa 2025			

9. MUNICIPIO	10. SERVICIO	COBERTURA PROGRAMADA: 11. UNIDADES DE SERVICIO	COBERTURA PROGRAMADA: 12. CUPOS	COBERTURA PROGRAMADA: 13. USUARIOS	NN sin ninguna condicion: 14. Menor a 2 años F	14. Menor a 2 años M	15. de 2 años a 5 años F	15. de 2 años a 5 años M	NN Grupo étnico (De 0 años a 5 años): 16. Afrodescendiente F	16. Afrodescendiente M	17. Indígena F	17. Indígena M	(De 0 años a 5 años) 18. NN en situación de discapacidad F	18. M	19. NN Desplazados / Victima F	19. M	20. NN Desplazado discapacitado F	20. M	21. Total Niños, Niñas F	21. M	Mujeres: 22. Gestantes	Mujeres: 23. Lactantes	24. Total Niños, Niñas Adolescentes Gestantes, Lactantes, Adultos Gestantes y Lactantes F	24. M	25. TOTAL UNIDADES	26. TOTAL CUPOS	27. TOTAL USUARIOS ATENDIDOS	28. Adultos Acompañantes F	28. M	29. Cod_Municipio	30. CÓDIGO DEL SERVICIO
Betulia	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	14	182	182	0	3	72	81							10	19			72	84			72	84		156	156			5093	42000500000101
Betulia	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	3	45	45	11	5	3	5	3						3	1			14	10	5	2	21	10		31	31	34		5093	420004
Concordia	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	3	39	39	0	1	9	18					2						9	19			9	19		28	28			5209	42000500000101
Concordia	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	7	105	105	30	29	6	6											36	35	17		53	35		88	88	57		5209	420004

ALBERTO GUBBAY PEREZ
REPRESENTANTE LEGAL
CC. 71.621.498