BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA** **MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR**	**F5.MO12.PP** **Versión 2**	**11/5/2018** **Página 1 de 1**
		Clasificación de la Información: **Pública**	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	**FUNDACION CARLA CRISTINA**			NIT DE LA EAS	**890901524-3**	
REGIONAL	**ANTIOQUIA**	CENTRO ZONAL	**SUROESTE**	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**BETANIA, CARAMANTA, HISPANIA, TARSO, VALPARAISO**	
N° CONVENIO	**05006522025**	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**04 marzo de 2025**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**4 de Marzo de 2025**
					Hasta:	**30 de Septiembre de 2025**
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:		**X**	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**01 agosto de 2025**
	Institucional - Hogar Infantil:					
	Familiar:				Hasta:	**31 agosto de 2025**
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**MIRIAM YANET MESA LOPEZ**					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**DANIS ASTRID MUÑOZ SEGURA - COORDINADORA CENTRO ZONAL SUROESTE**					

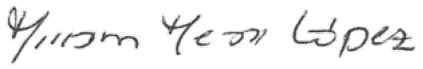
El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio mencionada anteriormente, certifica que: Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente para la prestacion del servicio durante el mes AGOSTO del año 2025 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

NOMBRE DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL BETANIA, CDI VIRGINIA OSORIO DE RESTREPO, CDI TARSO, CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL VALPARAISO, CDI LOS SAMANES

COBERTURA PROGRAMADA				COBERTURA ATENDIDA			
GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS	DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO	GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS	DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD
Mujeres gestante y en periodo de lactancia	**5**	**0**	**19**	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	**5**	**0**	**19**
Niños/as menores de 24 meses		**30**		Niños/as menores de 24 meses		**24**	
Niños/as entre 24 y 36 meses		**80**		Niños/as entre 24 y 36 meses		**68**	
Niños/as mayores de 36 meses		**294**		Niños/as mayores de 36 meses		**285**	
TOTAL	**5**	**404**	**19**	**TOTAL**	**5**	**377**	**19**

OBSERVACIONES	SE REALIZA PROCESO DE FOCALIZACION, LISTA DE ESPERA Y BUSQUEDA PERMANENTE DE USUARIOS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA COBERTURA

La presente certificación se expide a los 1 días del mes de _SEPTIEMBRE__ del año __2025____en la ciudad de _____MEDELLIN_____ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
MIRIAM YANET MESA LOPEZ	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
43.165.760	