	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA SERVICIOS HCB	F5.MO12.PP	11/05/2018
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	CONSEJO COMUNITARIO RIO RAPOSO			NIT DE LA EAS	**835000978-7**	
REGIONAL	VALLE	CENTRO ZONAL	BUENAVENTURA	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO		
N° CONTRATO	1612	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**ENERO 8 DE 2025**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**08-ene-25**
					Hasta:	**JUNIO 30 2026**
SERVICIOS DE ATENCIÓN	HCB tradicional Familiar		**X**	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**feb-25**
	HCB Agrupado					
	HCB FAMI				Hasta:	**feb-25**
	HCB Multiples					
	HCB Empresariales					
	Jardin social					

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**WILBER BALENCIA CORRALES**
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**DARLING PALACIOS LOPEZ**

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 abril 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	PITUFO,CARITAS FELICES,MICKEY MOUSE,BUENAFE,LOS ENANITOS,LOS GUADUALES,LOS PITUFOS,MILASITA,LA MANO DE DIOS,LOS ENANITOS, LOS PIRULITOS, LOS PELUCHES, NUEVA ESPERANZA 1, LOS ANGELITOS, LOS BIENVENIDOS, PIOLIN, LOS TRAVIESOS 2, LA ORQUIDEA, CORAZONCITO, LOS ANGELITOS, CAMINITO ALEGRE, PORVENIR, MI RANCHITO, LOS AMIGUITOS,MI REBAÑO, PEQUEÑOS TRAVIESOS, LOS PITUFOS LAS MARIPOSAS,LOS TURPIALES, LOS CARIÑOSITOS, LOS TRAVIESOS, CARRUSEL, LA ABEJA MAYA, MI JARDIN, CARIÑITOS,, PEQUEÑOS TRAVIESOS, LAS TORTUGUITAS, LOS CONEJITOS NEGROS

COBERTURA PROGRAMADA				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				Niños/as menores de 24 meses				
Niños/as entre 24 y 36 meses				Niños/as entre 24 y 36 meses				
Niños/as mayores de 36 meses	**38**	**428**	**14**	Niños/as mayores de 36 meses		**38**	**428**	**14**
TOTAL	**38**	**428**	**14**	TOTAL		**38**	**428**	**14**

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los 30 días del mes de abril del año _2025_en la cuidad de ____Buenaventura___ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
WILBER VALENCIA CORRALES	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
1192753790	

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