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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS) | CONSEJO COMUNITARIO ALTO Y MEDIO RIO DAGUA | | | NIT DE LA EAS | 835001125 | |
| REGIONAL | VALLE DEL CAUCA | CENTRO ZONAL | BUENAVENTURA | MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO | BUENAVENTURA | |
| N° CONTRATO | 76016362024 | FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO | 1/11/2025 | PLAZO DE EJECUCIÓN | Desde: | 2/01/2025 |
| | | | | | Hasta: | 30/06/2026 |
| SERVICIOS DE ATENCIÓN | HCB tradicional Familiar | | 13 | PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA | Desde: | 1/11/2025 |
| | HCB Agrupado | | | | Hasta: | 30/11/2025 |
| | HCB FAMI | | | | | |
| | HCB Multiples | | | | | |
| | HCB Empresariales | | | | | |
| | Jardin social | | | | | |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS | **MANUEL EDUARDO RIASCOS** |
| NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO | **DARLING PALACIOS** |

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 **NOVIEMBRE** 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 | NUEVO AMANECER 1 CARCAJADAS INOCENTES 2 SANTA TERESITA CARCAJADAS INOCENTES 1 CHIQUILLADAS LOS BULLICIOSOS CARRUCEL 2 LOS POLITOS LOS PINGUINOS LUCES DE COLORES 2 ALEGRIA DE VIVIR 1 NUEVO AMANECER 1 ALEGRIA DE VIVIR 2 LUCES DE COLORES 1 |

| 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 | **13** | **169** | **18** | Niños/as entre 24 y 36 meses | | **13** | **169** | **18** |
| Niños/as mayores de 36 meses | | | | Niños/as mayores de 36 meses | | | | |
| **TOTAL** | **13** | **169** | **18** | TOTAL | | **13** | **169** | **18** |

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES | |

La presente certificación se expide a los 30 días del mes de OCTUBRE 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 |
|---|---|
| **MANUEL EDUARDO RIASCOS** | M.E.R |
| NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS | |
| **6.166.712** | |

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012