| | | | |
|---|---|---|---|
| BIENESTAR FAMILIAR | **PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA<br>MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR** | **F5.MO12.PP<br>Versión 2** | **11/5/2018<br>Página 1 de 1** |
| | | **Clasificación de la Información:<br>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 | **CARAMANTA,TARSO, VALPARAISO** | |
| N° CONVENIO | **05018822025** | FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO | **16 noviembre de 2025** | PLAZO DE EJECUCIÓN | Desde: | **16 noviembre de 2025** |
| | | | | | Hasta: | **22 de diciembre de 2025** |
| MODALIDADES DE ATENCIÓN | Institucional - CDI: | | | PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA | Desde: | **16 noviembre de 2025** |
| | Institucional - Hogar Infantil: | | | | | |
| | Familiar: EIH | | **X** | | Hasta: | **30 noviembre 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 noviembre 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 | CER YARUMALITO, CER PEDRO ZABALA, CER JUAN DE LA CRUZ VALENCIA, IER ALEGRIAS, CER SAN PABLO 1_CARAMANTA, C COMUNAL SAN ANTONIO_CARAMANTA, CER MARGARITA MARIA, CER PALMICHAL_CARAMANTA, CASA DE GOBIERNO, CER LA LINDA_TARSO, PARQUE LINEAL 1 Y 2, CASETA COMUNAL EL CEDRON, CER TACAMOCHO, ESE SAN JUAN DE DIOS, CER HORACIO TORO OCHOA, IE RAFAEL URIBE RESGUARDO, IE RAFAEL URIBE LA VIRGEN, C COMUNAL LA PLACITA |

| 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 | **18** | **30** | **9** | Mujeres gestante y en periodo de lactancia | **18** | **34** | **9** |
| Niños/as menores de 24 meses | | **120** | | Niños/as menores de 24 meses | | **106** | |
| Niños/as entre 24 y 36 meses | | **80** | | Niños/as entre 24 y 36 meses | | **58** | |
| Niños/as mayores de 36 meses | | **99** | | Niños/as mayores de 36 meses | | **95** | |
| **TOTAL** | **18** | **329** | **9** | **TOTAL** | **18** | **293** | **9** |

| | |
|---|---|
| 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 4 días del mes de _Diciembre___ 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** | Miriam Yanet Lopez |
| NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS | |
| **43.165.760** | |