BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR	F5.MO12.PP Versión 2	11/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	CORMIDI DE GARZÓN			NIT DE LA EAS	**891101024-3**	
REGIONAL	HUILA	CENTRO ZONAL	GARZON	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**GIGANTE**	
N° CONVENIO	41006312025	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**31/12/2025**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**31/12/2025**
					Hasta:	**31/07/2026**
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:		**X**	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**1/04/2026**
	Institucional - Manitas Creativas:				Hasta:	**30/04/2026**
	Familiar:					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**JUAN FELIPE TRUJILLO VANEGAS**					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**IRMA CONSTANZA ALMARIO PERDOMO**					

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio Juan Felipe Trujillo Vanegas, certifica que:
La unidad de servicio mencionada UDS CDI MANITAS CREATIVAS, administrada por esta entidad funcionó normalmente durante 18 días del mes de abril del año 2026 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

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	**0**	**0**	**0**	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	**0**	**0**	**0**
Niños/as menores de 24 meses		**0**	**0**	Niños/as menores de 24 meses		**0**	**0**
Niños/as entre 24 y 36 meses		**9**	**18**	Niños/as entre 24 y 36 meses		**9**	**18**
Niños/as mayores de 36 meses		**23**	**18**	Niños/as mayores de 36 meses		**23**	**18**
TOTAL	**0**	**32**	**18**	TOTAL	**0**	**32**	**18**

OBSERVACIONES	**DURANTE EL MES DE ABRIL HUBO 5 INASISTENCIAS**

La presente certificación se expide a los cuatro (4) días del mes de Mayo del año 2026 en el municipio de Gigante a solicitud del supervisor del contrato Irma Constanza Almario Perdomo

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
JUAN FELIPE TRUJILLO VANEGAS	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
7.709.389	

NOTA: PARA LA MODALIDAD FAMILIAR REGISTRAR LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS GRUPALES

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR	F5.MO12.PP Versión 2	11/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	CORMIDI DE GARZÓN			NIT DE LA EAS	**891101024-3**	
REGIONAL	HUILA	CENTRO ZONAL	GARZON	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**GIGANTE**	
N° CONVENIO	41006312025	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**31/12/2025**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**31/12/2025**
					Hasta:	**31/07/2026**
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:		**X**	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**1/04/2026**
	Institucional - Aventuras Coloridas				Hasta:	**30/04/2026**
	Familiar:					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	**JUAN FELIPE TRUJILLO VANEGAS**					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	**IRMA CONSTANZA ALMARIO PERDOMO**					

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio Juan Felipe Trujillo Vanegas, certifica que:
La unidad de servicio mencionada UDS CDI AVENTURAS COLORIDAS, administrada por esta entidad funcionó normalmente durante 18 días del mes de abril del año 2026 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de esta modalidad.

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	**0**	**0**	**0**	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	**0**	**0**	**0**
Niños/as menores de 24 meses		**0**	**0**	Niños/as menores de 24 meses		**0**	**0**
Niños/as entre 24 y 36 meses		**9**	**18**	Niños/as entre 24 y 36 meses		**9**	**18**
Niños/as mayores de 36 meses		**23**	**18**	Niños/as mayores de 36 meses		**23**	**18**
TOTAL	**0**	**32**	**18**	TOTAL	**0**	**32**	**18**

OBSERVACIONES	**DURANTE EL MES DE FEBRERO HUBO 5 INASISTENCIAS**

La presente certificación se expide a los cuatro (4) días del mes de Mayo del año 2026 en el municipio de Gigante a solicitud del supervisor del contrato Irma Constanza Almario Perdomo

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
JUAN FELIPE TRUJILLO VANEGAS	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
7.709.389	

NOTA: PARA LA MODALIDAD FAMILIAR REGISTRAR LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS GRUPALES

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR	F5.MO12.PP Versión 2	11/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	CORMIDI DE GARZÓN			NIT DE LA EAS	891101024-3	
REGIONAL	HUILA	CENTRO ZONAL	GARZON	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	GIGANTE	
N° CONVENIO	41006312025	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	31/12/2025	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	31/12/2025
					Hasta:	31/07/2026
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:		X	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	1/04/2026
	Institucional - el Encanto:					
	Familiar:				Hasta:	30/04/2026
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	JUAN FELIPE TRUJILLO VANEGAS					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	IRMA CONSTANZA ALMARIO PERDOMO					

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio Juan Felipe Trujillo Vanegas, certifica que:
La unidad de servicio mencionada UDS CDI El encanto, administrada por esta entidad funcionó normalmente durante 18 días del mes de abril del año 2026 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

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	0	0	0	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	0	0	0
Niños/as menores de 24 meses		0	0	Niños/as menores de 24 meses		0	0
Niños/as entre 24 y 36 meses		8	18	Niños/as entre 24 y 36 meses		8	18
Niños/as mayores de 36 meses		24	18	Niños/as mayores de 36 meses		24	18
TOTAL	0	32	18	TOTAL	0	32	18

OBSERVACIONES	DURANTE EL MES DE FEBRERO HUBO 4 INASISTENCIAS

La presente certificación se expide a los cuatro (4) días del mes de Mayo del año 2026 en el municipio de Gigante a solicitud del supervisor del contrato Irma Constanza Almario Perdomo

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
JUAN FELIPE TRUJILLO VANEGAS	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
7.709.389	

NOTA: PARA LA MODALIDAD FAMILIAR REGISTRAR LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS GRUPALES