CERTIFICACION DE COBERTURA ATENDIDA PARA LAS MODALIDADES DE PROTECCION

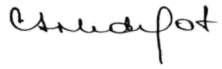
NOMBRE INSTITUCION	**ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES**			**NIT INSTITUCION**		860.018.862-1	
REGIONAL	BOGOTÁ	**MUNICIPIOS DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**MARQUE CON UNA X**	**No, DEL CONTRATO**	11025012025	**DIAS DE ATENCION**	21
MODALIDADES DE ATENCIÓN	SRPA			**DIRECCION SEDE ADMINISTRATIVA**		CRA. 16 A No. 28 B 33	
	POBLACION ESPECIAL						
	CASA HOGAR						
	INTERNADO DISCAPACIDAD			**DIRECCION SEDE PRESTADORA DEL SERVICIO**		CALLE 21 #16-54	
	INTERNADO DIS, MENTAL PSICOSOCIAL						
	INTERNADO						
	CENTRO DE EMERGENCIA			**PLAZO DE EJECUCIÓN CONTRATO**		**Desde:**	**30-dic-25**
	HOGAR SUSTITUTO					**Hasta:**	**31-jul-26**
	HOGAR TUTOR			**PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA**		**Desde:**	**1-jul-26**
	SEMIINTERNADO						
	EXTERNADO		X			**Hasta:**	**31-jul-26**

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio mencionada anteriormente, certifica que:

CUPOS CONTRATADOS			**CUPOS ATENDIDOS**			
MODALIDAD	**No, De CUPOS**	**No, De DIAS**	**MODALIDAD**	**No, De CUPOS**	**No, De USUARIOS**	**DIAS DE ATENCION**
EXTERNADO	100	**21**	**EXTERNADO**	**85 CUPOS 4 DÍAS**	**101**	**1791**
TOTAL	**100**	**21**	**TOTAL**	85 CUPOS 4 DÍAS	**101**	**1791**

OBSERVACIONES	85 CUPOS 4 DÍAS

La presente certificación se expide al tres (03) dia del mes de agosto (08) de 2026 en la cuidad de Bogotá a solicitud del supervisor del contrato No. 11025012025

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA APODERADO DEL REPRESENTANTE LEGAL
GLORIA CECILIA HIDALGO FRANCO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE APOYO A LA SUPERVISION TECNICA	FIRMA APOYO A LA SUPERVISION TECNICA
VIVIANA APONTE APARICIO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
LIZ ESTEFANY VILLANUEVA AMARILES	