	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA	F29.MT1.PP	27/04/2026
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS) / UDS OPERACIÓN DIRECTA	**COOPERATIVA DE DESARROLLO INTEGRAL Y AGROALIMENTARIO DEL NORTE ANTIOQUEÑO (DIA NORTE)**			NIT DE LA EAS (S.A)	**901586922-9**	
REGIONAL	ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL	ABURRA NORTE	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**SAN PEDRO DE LOS MILAGROS**	
N° CONVENIO / CODIGO CUENTAME	5011702026	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	**2/02/2026**	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	**2/02/2026**
					Hasta:	**31/07/2026**
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional		**OPERACIÓN DIRECTA**	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	**1/07/2026**
SERVICIO	CDI		**NO**		Hasta:	**31/07/2026**
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS (S.A)	**JUAN ESTEBAN JARAMILLO GUTIERREZ**					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO (EAS/OPD)	**BRAYAN ALEXANDER ÁVILA CANO**					

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio / supervisor de operación directa de la unidad de servicio mencionada anteriormente, certifica que:

Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes _____JULIO_____ de del año 20_26__ cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

	CDI RAYITOS DE SOL, CDI MANITOS CREATIVAS 1, CDI MANITOS CREATIVAS 2

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**		Mujeres gestante y en periodo de lactancia		**0**	
Niños/as menores de 24 meses		**0**		Niños/as menores de 24 meses		**0**	
Niños/as entre 24 y 36 meses		**9**		Niños/as entre 24 y 36 meses		**6**	
Niños/as mayores de 36 meses		**99**		Niños/as mayores de 36 meses		**102**	
TOTAL	**3**	**108**	**21**	TOTAL	**3**	**108**	**20**

OBSERVACIONES	**Las tres UDS contaron con cobertura completa durante el mes de julio**

La presente certificación se expide a los __30_ días del mes de ___JULIO__ del año __2026____en la cuidad de ____SAN PEDRO DE LOS MILAGROS___ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS / COORDINADOR DE UDS DE OPERACIÓN DIRECTA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS/ COORDINADOR DE UDS DE OPERACIÓN DIRECTA
JUAN ESTEBAN JARAMILLO GUTIERREZ	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS/ COORDINADOR DE UDS DE OPERACIÓN DIRECTA	
71773365	

NOTA: PARA LA MODALIDAD FAMILIAR REGISTRAR LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS GRUPALES
S.A: SI APLICA OPD: OPERACIÓN DIRECTA

¡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