BIENESTAR FAMILIAR	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	FUNDACIÒN CHOCÒ SOCIAL			NIT DE LA EAS (S.A)	**NIT: 900231743-1**	
REGIONAL	CHOCO	CENTRO ZONAL	TADO	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	**UNION PANAMERICANA**	
N° CONVENIO / CODIGO CUENTAME	27006882026	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	3/08/2026	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	3/08/2026
					Hasta:	31/10/2026
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional		**OPERACIÓN DIRECTA**	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	3/08/2026
SERVICIO	CDI		**SI**		Hasta:	31/08/2026
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS (S.A)	**JACKSON BISMARCK TELLO CORDOBA**					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO (EAS/OPD)	**JORGE DIDIER MENA CHAVERRA**					

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

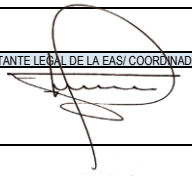
Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes _____agosto___ del año 20_26_ cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

NOMBRE DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	Estrellitas de Unión el Dos, Estrellitas de unión las Animas y Estrellitas de unión la Y

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	3	**0**	28	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	3	**0**	28
Niños/as menores de 24 meses		**0**		Niños/as menores de 24 meses		**0**	
Niños/as entre 24 y 36 meses		**20**		Niños/as entre 24 y 36 meses		**20**	
Niños/as mayores de 36 meses		**87**		Niños/as mayores de 36 meses		**87**	
TOTAL	**3**	**107**	**28**	TOTAL	**3**	**107**	**28**

OBSERVACIONES	Teniendo como referente el dia de incio de contrato, se estipularon los dias de funcionamiento de la modalidad.

La presente certificación se expide a los _31__ días del mes de _agosto__ del año __2026____en la cuidad de __Quibdo__ 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
JACKSON BISMARCK TELLO CORDOBA	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS/ COORDINADOR DE UDS DE OPERACIÓN DIRECTA	
1077431598	

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