| | 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 | 11/05/2018<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| BIENESTAR FAMILIAR | | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)** | FUNDACION PARA EL FUTURO INTEGRAL Y COMUNITARIO FUNFIC | | | **NIT DE LA EAS** | 901581121-3 | |
| **REGIONAL** | NARIÑO | **CENTRO ZONAL** | LA UNION | **MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO** | ARBOLEDA, SAN PEDRO DE CARTAGO | |
| **N° CONVENIO** | 52012362026 | **FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO** | 1/08/2026 | **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Desde: | 1/08/2026 |
| | | | | | Hasta: | 31/10/2026 |
| **MODALIDADES DE ATENCIÓN** | **Institucional - CDI:** | | | **PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA** | Desde: | 1/09/2026 |
| | **Institucional - Hogar Infantil:** | | | | | |
| | **EIH** | | **X** | | Hasta: | 30/09/2026 |
| **NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS** | SILVANA LORENA HERNANDEZ | | | | | |
| **NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO** | SANDRA PATRICIA MARTINEZ MESIAS | | | | | |

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

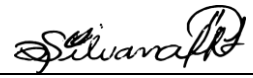
Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes Septiembre de del año 2026 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

| **UNIDADES** | LOS JUGUETONES 1 Y 2, LOS PEQUEÑOS GIGANTES 1, 2 Y 3, PEQUEÑOS ANGELITOS 1,2 Y 3, CRECIENDO Y CREANDO FUTURO 1 Y 3, SEMILLITAS PARA EL MAÑANA 2 Y 3, NUEVOS HORIZONTES 2 Y 3. |
|---|---|

| **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 | **14** | 45 | 1 MES | Mujeres gestante y en periodo de lactancia | **14** | 45 | 1 MES |
| Niños/as menores de 24 meses | | 62 | 1 MES | Niños/as menores de 24 meses | | 62 | 1 MES |
| Niños/as entre 24 y 36 meses | | 41 | 1 MES | Niños/as entre 24 y 36 meses | | 41 | 1 MES |
| Niños/as mayores de 36 meses | | 73 | 1 MES | Niños/as mayores de 36 meses | | 73 | 1 MES |
| **TOTAL** | **14** | **221** | **1 MES** | TOTAL | **14** | **221** | **1 MES** |

| **OBSERVACIONES** | Para el mes de Septiembre se presentaron 3 bajas cobertura en la modalidad. |
|---|---|

La presente certificación se expide a los 30 días del mes de Septiembre del año 2026 en la cuidad de Pasto a solicitud de la supervisora del contrato

| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS** | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS |
|---|---|
| SILVANA LORENA HERNANDEZ |  |
| **NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS** | |
| 37081352 | |

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

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

| 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 | 11/05/2018<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)** | FUNDACION PARA EL FUTURO INTEGRAL Y COMUNITARIO FUNFIC | | | **NIT DE LA EAS** | 901581121-3 | |
| **REGIONAL** | NARIÑO | **CENTRO ZONAL** | LA UNION | **MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO** | ARBOLEDA, SAN PEDRO DE CARTAGO | |
| **N° CONVENIO** | 52012362026 | **FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO** | 1/08/2026 | **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Desde: | 1/08/2026 |
| | | | | | Hasta: | 31/10/2026 |
| **MODALIDADES DE ATENCIÓN** | **Institucional - CDI:** | | X | **PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA** | Desde: | 1/09/2026 |
| | **Institucional - Hogar Infantil:** | | | | Hasta: | 30/09/2026 |
| | **Familiar:** | | | | | |
| **NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS** | SILVANA LORENA HERNANDEZ | | | | | |
| **NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO** | SANDRA PATRICIA MARTINEZ MESIAS | | | | | |

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

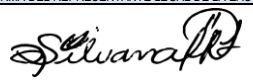
Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes Septiembre de del año 2026 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

| **UNIDADES** | CDI PINOCHO, CDI CHIQUITINES CARTAGUEÑOS |
|---|---|

| **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 | **2** | 0 | 21 | Mujeres gestante y en periodo de lactancia | **2** | 0 | 21 |
| Niños/as menores de 24 meses | | 0 | 21 | Niños/as menores de 24 meses | | 0 | 21 |
| Niños/as entre 24 y 36 meses | | 11 | 21 | Niños/as entre 24 y 36 meses | | 11 | 21 |
| Niños/as mayores de 36 meses | | 44 | 21 | Niños/as mayores de 36 meses | | 44 | 21 |
| **TOTAL** | **2** | **55** | **21** | TOTAL | **2** | **55** | **21** |

| **OBSERVACIONES** | Para el mes de Septiembre se presentó 1 baja cobertura en la modalidad. |
|---|---|

La presente certificación se expide a los 30 días del mes de Septiembre del año 2026 en la cuidad de Pasto a solicitud de la supervisora del contrato

| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS** | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS |
|---|---|
| SILVANA LORENA HERNANDEZ |  |
| **NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS** | |
| 37081352 | |

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

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