FUNDACIÓN
Gozo & Esperanza
NIT 900171447-6

CERTIFICADO DE COBERTURA

Dirección: Carrera 2 # 26 - 38 Quibdó - Chocó
E-mail: fungozo2007@hotmail.com
Celular: 3113888245 - 3147029248

6 folios

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR			FS.MO12.PP Versión 2	11/05/2018 Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública
ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACION GOZO Y ESPERANZA			NIT DE LA EAS	900171447-6
REGIONAL	CHOCÓ	CENTRO ZONAL	QUIBDÓ	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	QUIBDÓ
N° CONVENIO	27000782026	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	12/02/2025	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde: 5/08/2026 Hasta: 31/10/2026
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:			PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA:	Desde: 1/09/2026
	Institucional - Hogar Infantil:				
	EDUCACIÓN INICIAL CAMPESINA - A Y B - PROPIA E INTERCULTURAL:		X		Hasta: 30/09/2026
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	GEIDY LEDESMA PALACIOS				
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	HERMINIA PUENTE- SUPERVISORA DEL CONTRATO				

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

Las unidades de servicio mencionadas a continuación, PASITOS DE AMOR 1; PASITOS DE AMOR 2; PASITOS DE AMOR 4; administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes de septiembre de 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	3	60	1	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	3	27	1
Niños/as menores de 24 meses	3	52	1	Niños/as menores de 24 meses	3	83	1
Niños/as entre 24 y 36 meses	3	60	0	Niños/as entre 24 y 36 meses	3	74	0
Niños/as mayores de 36 meses	2	46	0	Niños/as mayores de 36 meses	2	34	0
TOTAL	11	218	2	TOTAL	11	218	2

OBSERVACIONES

La presente certificación se expide a los 30 días del mes de SEPTIEMBRE del año 2026 en la ciudad de QUIBDÓ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
GEIDY LEDESMA PALACIOS	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
1.077.470.772	

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 es COPIA CONTROLADA

Los datos personales serán tratados de acuerdo a la POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

3526

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACION GOZO Y ESPERANZA			NIT DE LA EAS	900171447-6	
REGIONAL	CHOCÓ	CENTRO ZONAL	QUIBDÓ	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	QUIBDÓ	
N° CONVENIO	27006782026	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	12/02/2025	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	5/08/2026
					Hasta:	31/10/2026
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI			PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	1/09/2026
	Institucional - Hogar Infantil					
	EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR - FAMILIAR Y COMUNITARIA		X		Hasta:	30/09/2026
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	GEIDY LEDESMA PALACIOS					
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	HERMINIA PUENTE- SUPERVISORA DEL CONTRATO					

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

Las unidades de servicio mencionadas a continuación, PASITOS DE AMOR 1; PASITOS DE AMOR 2; PASITOS DE AMOR 4; administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes de septiembre de 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	1	20	4	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	1	1	4
Niños/as menores de 24 meses	1	20	4	Niños/as menores de 24 meses	1	21	4
Niños/as entre 24 y 36 meses	0	4	4	Niños/as entre 24 y 36 meses	0	25	4
Niños/as mayores de 36 meses	1	20	4	Niños/as mayores de 36 meses	1	17	4
TOTAL	3	64	16	TOTAL	3	64	16

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los _30_ días del mes de __ SEPTIEMBRE del año _2026__ en la ciudad de ____QUIBDÓ_____ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
GEIDY LEDESMA PALACIOS	
NÚMERO DE CÉDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
1.077.470.772	

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

1052