BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CONTROL DE INVENTARIOS DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA	BODEGA FUNPERS	**CODIGO DEL PUNTO**	900631966		
NOMBRE RESPONSABLE DEL PUNTO	JUDITH MUÑOZ	**NOMBRE RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORMAT**	JUDITH MUÑOZ		
REGIONAL	PUTUMAYO	**CENTRO ZONAL**	SIBUNDOY	**MUNICIPIO**	SIBUNDOY

DESCRIPCION DEL AAVN: **Bienestarina Más®** [X] **Bienestarina Más® Vainilla** [ ] **Bienestarina Más® Fresa:** [ ]
Alimento para la Mujer Gestante y en Periodo de Lactancia [ ]
Bienestarina® Líquida [ ] **Sabor:** _____ **Otro** [ ] **Cúal:** _____

VALOR INFORMATIVO DEL PRECIO DEL AAVN	**Mes:** ABRIL	**Valor:**	$7.511	**Mes:** JULIO	**Valor:**	$ 7.200	**Mes:**	**Valor:**			
	Mes: MAYO	**Valor:**	$7.509	**Mes:** AGOSTO	**Valor:**	$ 7.212	**Mes:**	**Valor:**			
	Mes: JUNIO	**Valor:**	$7.220	**Mes:** OCTUBRE	**Valor:**	$ 7.372	**Mes:**	**Valor:**			

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidades)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)	RESERVA (Unidades)
									Unidades	Destino				
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
13	4	2020	1209602	1662574	13	8	2020	223	0	-	-	223	223	0
15	4	2020	NA	1662574	13	8	2020	0	122	-	X	101	101	0
16	4	2020	NA	1662574	13	8	2020	0	99	-	X	2	2	0
11	5	2020	1217989	1662574	13	8	2020	4	0	-	-	4	6	0
11	5	2020	1217989	1671578	13	9	2020	229	0	-	-	229	235	0
11	5	2020	NA	1671578	13	9	2020	0	129	-	X	100	106	0
12	5	2020	NA	1671578	13	9	2020	0	100	-	X	0	6	0
12	5	2020	NA	1662574	13	8	2020	0	4	-	X	0	2	0
4	6	2020	1217989	1671578	13	9	2020	235	0	-	-	235	237	0
9	6	2020	NA	1671578	13	9	2020	0	123	-	X	112	114	0
10	6	2020	NA	1671578	13	9	2020	0	112	-	X	0	2	0
10	6	2020	NA	1662574	13	8	2020	0	1	-	X	1	1	0
8	7	2020	1226062	1686278	1	12	2020	239	0	-	-	239	240	0
9	7	2020	NA	1662574	13	8	2020	0	1	-	X	0	239	0
9	7	2020	NA	1686278	1	12	2020	0	157	-	X	82	82	0

Fiirma del responsable del punto de entrega _____

Cédula del responsable del punto de entrega _____

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidades)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)	RESERVA (Unidades)
									Unidades	Destino				
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
10	7	2020	NA	1686278	1	12	2020	0	82	-	X	0	0	0
4	8	2020	1226062	1686278	1	12	2020	83	0	-	-	83	83	0
4	8	2020	1229731	1704229	9	1	2021	156	0	-	-	156	239	0
10	8	2020	NA	1686278	1	12	2020	0	83	-	X	83	156	0
10	8	2020	NA	1704229	9	1	2021	0	105	-	X	51	51	0
11	8	2020	NA	1704229	9	1	2021	0	51	-	X	0	0	0
5	10	2020	1233030	1707834	9	1	2021	41	0	-	-	41	41	0
5	10	2020	1236542	1714095	11	2	2021	201	0	-	-	202	243	0
14	10	2020	NA	1707834	9	1	2021	0	41	-	X	0	202	0
14	10	2020	NA	1714095	11	2	2021	0	149	-	X	53	53	0
15	10	2020	NA	1714095	11	2	2021	0	53	-	X	0	0	0
3	11	2020	1240911	1722869	9	3	2021	242	0	-	-	242	242	0
9	11	2020	NA	1722869	9	3	2021	0	86	-	X	156	156	0
10	11	2020	NA	1722869	9	3	2021	0	156	-	X	0	0	0

Fiirma del responsable del punto de entrega _____

Cédula del responsable del punto de entrega _____

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA	BODEGA FUNPERS	**CODIGO DEL PUNTO**	900631966
NOMBRE RESPONSABLE DEL PUNTO	JUDITH MUÑOZ	**NOMBRE RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORMAT**	JUDITH MUÑOZ
REGIONAL	PUTUMAYO	**CENTRO ZONAL**	SIBUNDOY
		MUNICIPIO	SIBUNDOY

DESCRIPCION DEL AAVN: **Bienestarina Más®** ☐ **Bienestarina Más® Vainilla** ☒ **Bienestarina Más® Fresa:** ☐
Alimento para la Mujer Gestante y en Periodo de Lactancia ☐
Bienestarina® Líquida ☐ **Sabor:** _____ **Otro** ☐ **Cúal:** _____

VALOR INFORMATIVO DEL PRECIO DEL AAVN	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____
	Mes: _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____
	Mes: _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidades)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)	RESERVA (Unidades)
									Unidades	Destino				
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
13	4	2020	1209602	1657444	29	7	2020	110	0	-	-	110	110	0
15	4	2020	NA	1657444	29	7	2020	0	49	-	X	61	61	0
16	4	2020	NA	1657444	29	7	2020	0	61	-	X	0	0	0
11	5	2020	1217989	1657444	29	7	2020	24	0	-	-	24	24	0
11	5	2020	NA	1657444	29	7	2020	0	24	-	X	0	0	0
8	7	2020	1226062	1693959	3	12	2020	100	0	-	-	100	100	0
9	7	2020	NA	1693959	3	12	2020	0	29	-	X	71	71	0
10	7	2020	NA	1693959	3	12	2020	0	71	-	X	0	0	0
3	11	2020	1240911	1728226	24	3	2021	104	0	-	-	104	104	0
9	11	2020	NA	1728226	24	3	2021	0	104	-	X	0	0	0

Fiirma del responsable del punto de entrega _____

Cédula del responsable del punto de entrega _____

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidades)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)	RESERVA (Unidades)
									Unidades	Destino				
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			

Fiirma del responsable del punto de entrega _____

Cédula del responsable del punto de entrega _____

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012