BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

Versión | Página 1 de 1

Clasificación de la información Pública

REGIONAL: ____ CENTRO ZONAL: Ind. de la Bahía MUNICIPIO: CARTAGENA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fami
NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: ____
RACIÓN: Mensual [✓] Vacaciones o Receso ____ Otro ____ Especifique: ____
MES DE ENTREGA: Marzo
NOMBRE DE LA EAS: Fundación Diaz Social NOMBRE DE LA UDS/UBA/ICA: Mis 1ª Aventuras
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: San Pedro Martir
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: ____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
					1 A 2 AÑOS				ARROZ BLANCO 500gr	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 1000gr	AVENA EN HOJUELAS 500gr	HARINA DE MAIZ 500gr	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 900gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES) 1650gr	FRIJOL 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 500gr										
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	EITHAN VIDES RUIZ	1201287315	16-01-23	31-03-23	X				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓				Fabianis Ruiz F	1.052.945.198	Fabianis Ruiz F
2	KILIAN ESCOBAR MARTINEZ	1044019852	01-03-23	31-03-23	X				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓				Olga Martinez B	1.143.401.117	Olga Martinez B
3	SARA CONTRERA HERNANDEZ	1043340500	02-02-23	31-03-23	X				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓				Jennifer Hernandez A	1.047.427.399	Jennifer Hdez
4	THIAGO RENDING LUNA	1201287174	16-01-23	31-03-23	X				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓				Tibisay Luna Sierra	1002191123	Tibisay Luna S
5	IAN DAVID RODRIGUEZ DIAZ	1047521142	02-02-23	31-03-23	X				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓				Lorena Diaz Correa	1.043.641.074	Lorena:
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones: ____

Firma: Ana Garcés M.
Nombre legible de quien entrega:

Firma: ____
Representante Legal EAS o su delegado

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
[illegible]

Versión 3
Página 1 de 1

REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: Ind. de la Bahía MUNICIPIO: Cartagena
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI.
NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: FUNDACION RAIZ SOCIAL
RACIÓN: Mensual ✓ Vacaciones o Receso____ Otro___ Especifique:______
MES DE ENTREGA: MARZO
NOMBRE DE LA EAS: Mis 1ª Aventuras NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA______
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: San Pedro Mártir
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:______

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
					6 A 11 MESES				ARROZ BLANCO 500gr	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 1000gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 15 UNIDADES) DE 825gr	FRIJOL 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 500cc													
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	Lyam José Cassiani Jiménez	1044021041	02-02-23	31-03-23	X				/	/	/	/	/								/			Juliana Jimenez	1.043.971.620	Juliana J.C.
2	Elena I del Rio Julio	1201288986	16-01-23	31-03-23	X				/	/	/	/	/								/			M. Isabel Revollo	1.042.583.034	Isabella Sotelo
3	Isabella Revollo Gonzalez.	1.047.520801	16-01-23	31-03-23	X				/	/	/	/	/								/			Sugeidys Julio.	1007315679	Sugeidy Julio
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:______

Firma: Alos García P.
Nombre legible de quien entrega:

Firma:______
Representante Legal EAS o su delegado

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

[illegible]	[illegible]
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Bolívar CENTRO ZONAL: Ind. de la Bahía MUNICIPIO: Cartagena
NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fami
NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Fundación Rail Social.
RACIÓN: Mensual ✓ Vacaciones o Receso____ Otro ___ Especifique:________
MES DE ENTREGA: Marzo
NOMBRE DE LA EAS: Mis 1ª Aventuras NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA ________
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: San P Martín
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:________

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					MUJER GESTANTE Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA				ARROZ BLANCO 1500gr	PASTAS ALIMENTICIA ENRIQUECIDAS 1500gr	HARINA DE MAIZ 2000gr	HARINA DE TRIGO 1000gr	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 2.700gr	ATÚN EN AGUA 1050gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES 1650gr	FRIJOL 1000gr	LENTEJA 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 1000gr	PANELA 1000gr							
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	Ailyn Ordoñez Pacheco	1044021590	02-02-23	03-31-23	X				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			Yeimi Pacheco	1007210717	Yeimi Pacheco.
2	Wendy Vargas Ramirez	1001833461	02-02-23	03-31-23	X				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			Wendy Vargas	1.047478991	Wendy V.
3	Marlene Maza Camargo	104747891	02-02-23	03-31-23	X				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			Marlene Maza	1.001833461	Marlen M. Maza.
4	Helena Garcia Martinez	1242389683	01 16-23	03-31-23	X				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			Yerlsin M	1.143.372.5	
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: Ana Garcés C.
Nombre legible de quien entrega:

Firma:________
Representante Legal EAS o su delegado

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