

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA MUNICIPIO: CARTAGENA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: FAMI

RACIÓN: Mensual ☒ Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA MARZO

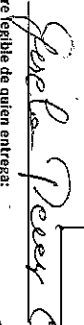
NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION PAIZ SOCIAL NOMBRE DE LA UDSUBA JUCA FANTASIAS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	IDENTIFICACION N°	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DDMM/AAAA)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DDMM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FIRMA O HUUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
						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			
1	ANDER DAVID DE LA ROSA SANDREA	1047020890	01/02/2023	30/03/2023			Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.					KARINA SANDREA PEREZ	31282361	
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

Observaciones:

Firma: 

Nombre legible de quien entrega: AS.SAC.R2

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento, revise en el medio ambiente

IMPRESIÓN

REGIONAL: BOLIVAR

CENTRO ZONAL: INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA

MUNICIPIO: CARTAGENA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACION: FAMI

RACION: Mensual ☒ Vacaciones o Receso ☐ Otro ☐ Especifique:

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION RAIZ SOCIAL

NOMBRE DE LA UDSUBA IUCA FANTASIAS

DIRECCION DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° 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		CONFORMACION RACION PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional		NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION		
				1	2 AÑOS	ARROZ BLANCO 500gr	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS	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 SIYA 500gr									
SAMARA GUERRERO GOMEZ	1201288076	01/02/2023	30/03/2023															BEATRIZ GUERREO GOMEZ	45556479	Beatriz Guerrero Gomez		
SARAH SOFIA NAVARRO HERRERA	1044019287	01/02/2023	30/03/2023															MONICA HERRERA TORRES	1047459036	Monica Herrera Torres		
KERIN DAVID JULIO ORTIZ	1201287114	01/02/2023	30/03/2023															MARIA ORTIZ MAZA	1050006166	Maria Ortiz Maza		
SALOME DE AVILA TORRES	1048471392	01/02/2023	30/03/2023															YULEIDIS TORRES FLOREZ	1002308763	Yuleidis Torres Florez		
LUCIANA BARRIOS OSPINO	1044018052	01/02/2023	30/03/2023															DEISY OSPINO CAEZ	1143327915	Deisy Ospino Caéz		
ASLY ISABEL DACOSTA ANILLO	1044018026	01/02/2023	30/03/2023															ASTRID ANILLO DIAZ	1143377736	Astrid Anillo Diaz		
SAIDY ISABEL MORELO VARGAS	1047519777	01/02/2023	30/03/2023															ANDREINA VARGAS CASTILLO	1002202321	Andreina Vargas Castillo		
									</													

Observaciones:



MINISTERIO DEL PODER
JUDICIAL

PROCESO

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

MUNICIPIO: CARTAGENA

FECHA: 29/03/2019

Versión 3

Clasificación de la Información

Pública

Página 1 de 1

REGIONAL: BOLIVAR

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: FAMILIAR

RACIÓN: Mensual X Vacacionales o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: FEBRERO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACIÓN RAZ SOCIAL

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)										Alimento de alto valor Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
						1 A 2 AÑOS	ARROZ BLANCO 500gr	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS	AVENA EN HOJUELAS 500gr	HARINA DE MAIZ 500gr	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 900gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES) 1650gr	FRUJOL 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SIYA 500gr					
1	SAMARA GUERRERO GOMEZ	1201288076	1/02/2023	6/03/2023													BEATRIZ GUERRERO GOMEZ	45556479	Beatriz G.
2	SARAH SOFIA MAYARRO HERRERA	1044019287	1/02/2023	6/03/2023													MONICA HERRERA TORRES	1047459036	Monica Herrera
3	KERIN DAVID JULIO ORTIZ	1201287114	1/02/2023	6/03/2023													MARIA ORTIZ MAZA	1050006166	Maria Ortiz
4	SALOME DE AVILA TORRES	1048473392	1/02/2023	6/03/2023													YULEIDIS TORRES FLOREZ	1002308763	Yuleidis Torres
5	LUCIANA BARRIOS OSPINO	1044018052	1/02/2023	6/03/2023													DEISY OSPINO CAEZ	1143327915	Deisy Ospino
6	ASTY ISABEL DACOSTA ANILLO	1044018026	1/02/2023	6/03/2023													ASTRID ANILLO DIAZ	114337736	Astrid Anillo
7	SAIDY ISABEL MORENO VARGAS	1047519777	1/02/2023	6/03/2023													ANDREINA VARGAS CASTILLO	1002203321	Andreina Vargas
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			

Observaciones:

Nombre y Apellido de quien entrega: Gisela Perez

Nombre y Apellido de quien entrega: Gisela Perez

Representante Legal EAS o su delegado

Almacén de Alimentos para la Infancia y la Adolescencia