BIENESTAR FAMILIAR

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

FEC-015-FP	20/12/2021
Versión 2	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: 10-30 MUNICIPIO: carto. gena.

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fam y

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Los Rosales

RACIÓN: Mensual ✓ Vacaciones o Receso ____ Otro ___ Especifique: ____

MES DE ENTREGA: Abril

NOMBRE DE LA EAS: Noiz social NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA Los Rosales

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: ____

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: MUJER GESTANTE Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): ARROZ BLANCO 1000gr	PASTAS ALIMENTICIA ENRIQUECIDAS 1500gr	HARINA DE MAIZ 2000gr	HARINA DE TRIGO 1000gr	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 2,700gr	ATÚN EN AGUA 1000gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES 1800gr	FRIJOL 1000gr	LENTEJA 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 1000gr	PANELA 1000gr	Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																			
1	Deisy Perez Benitez	1043639160		Abril 2023					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					Deisy Perez	1043639160	Gestante
2	Edgar A. Castro Marimon	1201291391							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					Yorgelis Castro	1002208161	Lactante
3	Solange Martelo F	1143922049							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					Sin Grid	3275818	Sin Grid
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												

Observaciones:

Firma: Belly Cohen S

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: 10-30 MUNICIPIO: Cartagena

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fami

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Red Social

RACIÓN: Mensual V Raciones o Ración ___ Otro ___ Especifique: ___

MES DE ENTREGA: Abril

NOMBRE DE LA EAS: Red social NOMBRE DE LA UO/UBA/UCA: Los Rosales

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: ___

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) (Indique fecha cuando ingresa por primera vez al PAE)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL: 6 A 11 MESES	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): ARROZ BLANCO 80GR	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 100GR	HUEVO DE GALLINA (1 CUENTA DE 10 UNIDADES) DE 50GR	FRIJOL 100GR	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 20GR	Alimento de alto valor Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
						Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.								
1	Maximiliano Parra Alvarado	1193421700		Abril 2023		✓	✓	✓	✓	✓		Karen Alvarado	1.143.837.270	
2	Mariana I. López Arieta	1044020367				✓	✓	✓	✓	✓		Carmen Arieta	1044455857	
3	Isabela V. Riveros Salas	1193421321				✓	✓	✓	✓	✓		ANGELICA RIVERO	48011766	
4	Ms. Dyel Angel Valencia	1142955096				✓	✓	✓	✓	✓		Dubis Barrios	45556232	Dubis Barrios
5	Jeiris Vianis Perez Perez	1201298793				✓	✓	✓	✓	✓		Laura Perez		Laura Perez
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														

Observaciones: ___

Firma: Betty Cabrera.
Nombre legible de quien entregar

Firma: ___
Representante Legal EAS o su delegado

REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: 10-30 MUNICIPIO: Cartagena

NOMBRE DE LA MODALIDAD:

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual ✓ Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: Abril 2023

NOMBRE DE LA EAS: NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA Los Rosales

DIRECCIÓN 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° 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: 1 A 2 AÑOS	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): ARROZ BLANCO 500gr	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 1000gr	AVENA EN HOJUELAS 500gr	HARINA DE MAIZ 500gr	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 500gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES) 1050gr	FRIJOL 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 200gr	Alimento de alto valor Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
Alana Sofia Bustos Colón	1201288768		21 Abril 2023											Chanel Colon	1148948570	Chanel Colon
Keyles Andrés Contreras M.	1044018403													Luz Marina Millan	45500980	Luz Marina
Isaias Ramirez Perlaza	1201288934													Sandra Lobo	64478071	Sandra Lobo
Maximiliano Manrago Ahumada	1201287203													Ruth Marquez M	1064836051	Ruth Marquez

Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.

Observaciones:

Firma: Betty Cabrera S.

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado