REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: Ind de la Loh MUNICIPIO: Cartagena

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fami

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Comunitario

RACIÓN: Mixta [X] Vacaciones o Recreo [ ] Otro [ ] Especifique: _____

MES DE ENTREGA: Abril

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Raiz Social NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA: Alegria

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Nazareno Mz A L 4

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13001000534495

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 PPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA PPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL: 1 A 2 AÑOS	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): ARROZ BLANCO 50Gr	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 100Gr	AVENA EN HOJUELAS 30Gr	HARINA DE MAIZ 15Gr	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 08Gr	HUEVO DE GALLINA (1 UNIDAD DE 50 GRAMOS) 50Gr	FRIJOL 10Gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 5Gr	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	Noah Sofia Perez Alb	1201287703	03/01/2023	21/04/23	✓	50	100	30	50	20	16	100	5		Yohana Albania	1007256570	Yohana Albania
2	Maylin Sofia Herrera H	1201287805	03/01/2023	21/04/23	✓	50	100	30	50	20	16	100	5		Hilario Herazo	1143389049	Hilario H.
3	Saray Sofia Martinez T.	1143420749	03/01/2023	21/04/23	✓	50	100	30	50	20	16	100	5		Monica Torres C	1.143.333.446	Monica T C
4	Benjamin Sierra Galvis	1043320268	03/01/2023	21/04/23	✓	50	100	30	50	20	16	100	5		Sofia Galvis Arango	1.233.114.116	Sofia Galvis
5	Sampaio S. Carrillo G.	1044018319	03/01/2023	21/04/23	✓	50	100	30	50	20	16	100	5		Yordys Gomez B.	1052736462	Yordys G.
6	Mathius J. Bolivar S.	1201286320	03/01/2023	21/04/23	✓	50	100	30	50	20	16	100	5		Natalys Sepulveda	1128048005	Natalys S.
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	

Observaciones:

Firma: Diana M. Romero

Nombre legible de quien entrega: Diana Margarita Romero Ruiz

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

FAMILIAS

REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: Ciudad de Lab MUNICIPIO: Cartagena

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fami

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Comunitario

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Recreo ___ Otro ___ Especifique ___

MES DE ENTREGA: Abril

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Raiz Social NOMBRE DE LA MODALIDAD: Alegria

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Nazareno Mz A L 4

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13001000544 95

INTEGRANTE	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Debe diligenciarse solo la primera vez que reciba la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL: 6 A 11 MESES	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): APOYO BALANCE 50GR	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 100GR	PRODUCTO DE GALLETA (2 UNIDADES) DE 40GR	FRIJOL 100GR	ACEITE DE OLIVA O MEZCLA 30 ML	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 gulón si el alimento no se entregó en el paquete.								
1	Yoiker Yoniel Miranda R	1201290724	07/02/23	21/04/23	✓	100	100	100	100	100		Diana C. Reyes C.	1143.391.183	Diana Reyes C.
2	Yoiser Daniel Anaya Cassiani	1247962203	03/02/23	21/04/23	✓	100	100	100	100	100		Nayeli Cassiani H.	1002834049	Yaneli
3	Kylian David Ahumada C.	1201285655	03/02/23	21/04/23	✓	100	100	100	100	100		Leandris Conde P.	1091491761	Conde
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														

Observaciones:

Firma: Diana M. Romero

Nombre legible de quien entrega: Diana Margarita Romero Ruiz

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Vista previa del formato - pendiente validez

REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: Turbaco y la Virginia MUNICIPIO: Cartagena

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fami

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Comunitario

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso ____ Otro ____ Especifique: ____

MES DE ENTREGA: Abril

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Raiz Social NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA: Alegria

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Nazareno Mz A Lt 4

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13001000594195

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Anote 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) Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
									ARROZ BLANCO 1500gr	PASTAS ALIMENTICIAS BIRROUSIDAS 1500gr	HARINA DE MAIZ 2000gr	HARINA DE TRIGO 1000gr	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 2700gr	ATÚN EN AGUA 1050gr	HUEVO DE GALLINA TIPO CUBETA DE 30 UNIDADES 1650gr	FRIJOL 1000gr	LENTEJA 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 1000gr	PANELA 1000gr							
1	Jemma S. Calvo Licona	1047877301	03/02/2023	21/04/23	✓				1500	1500	1000	1000	2100	1050	1650	1000	1000	1000	1000					Maria Licona	1047877301	Maria Licona
2	Maryeli J. Beltran	1144946164	03/02/2023	21/04/23	✓				1500	1500	1000	1000	2100	1050	1650	1000	1000	1000	1000					Maryeli Beltran	1144946164	Maryeli B
3	Meridis I. Vergara	1002795138	03/02/2023	21/04/23	✓				1500	1500	1000	1000	2100	1050	1650	1000	1000	1000	1000					Meridis Vergara	1002795138	Meridis V
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: Diana M Romero

Nombre legible de quien entrega: Diana Margarita Romero Ruiz

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Ante la copia de este documento... prevalece el original