DEPTO: Bolívar CENTRO ZONAL: Tod. de la Bahía MUNICIPIO: Cartagena

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fami

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

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

MES DE ENTREGA: Abril - 2023

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Raiz Social NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA: Postes de Amor

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Nazareno M-B L-18

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13001000545415

Nº GRUPO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Nuevos beneficiarios para la entrega anterior de la RPD	FECHA DE ENTREGA PERIODICIDAD DE LA RPD (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL: 6 A 11 MESES	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): ARROZ BLANCO 240gr	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 100gr	NUGGS DE GALLINA (1 CUENTA DE 16 UNIDADES) 224gr	FRIJOL 140gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 30ml	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	Diego Luis Gonzalez Romero	1249068078				✓	✓	✓	✓	✓		Yesmel Romero Diosbelis Cotes	1147948481	Yesmel R.
2	Amber Sofia Avila Cotes	1073345958				✓	✓	✓	✓	✓			1053510	Diosbelis C.
3	Santiago Reyes Muñoz	1202894054				✓	✓	✓	✓	✓		Jennifer paola M.	1013654754	Jennifer manola
4	Yosel Dayana Feria Contreras	1047520754				✓	✓	✓	✓	✓		Cindy Contreras	1049183542	Cindy Contreras
5	Alejandro Serna De Oro	1073342420				✓	✓	✓	✓	✓		Kelly D'oro	1193346883	Kelly D'oro
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														

Observaciones:

Firma: María del Pilar Z.C

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

R. P. P. - Abril - 2023

Bolívar CENTRO ZONAL: Zona Sur Bolívar MUNICIPIO: Cartagena

...E DE LA NORMALIDAD: Bolívar

...OMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual V Vacaciones o Receso ___ Otro ___ Especifique: ___

MES DE ENTREGA: Abril - 2023

NOMBRE DE LA EAS: ___ NOMBRE DE LA UDS/UBA/AIA: Positos de Amor

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Nazareno M-B L-18

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 130010005451S

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 RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					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) 1050gr	FRIJOL 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 200gr										
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	Alfredo José Blanco Ortiz	1201287163							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									Ana Ariza Ortiz	1001967509	Ana
2	Raj David Cerra Rosado	1047111200							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									Danis C	3905905	
3	Ashly charlotte Ariza Ariza	1047520454							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									Maria Ariza	Nosirve	
4	Lauren Liz Turizo Correa	1212389123							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									Yuley correa Villadiego	1128571999	Yuley correa
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: María del Pilar Z-C

Nombre legible de quien entrega:

Firma: ___

Representante Legal EAS o su delegado

R. P. P - Abril - 2023 - Menores 1-2 años

REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: Isla 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: Abril - 2023

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Raiz Social NOMBRE DE LA UDS/UBA/ICA: Pasitos de Amor

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Nazareno M-8 C-18

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13001000545 15

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) 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 USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
									ARROZ BLANCO 1000gr	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 1000gr	HARINA DE MAIZ 2000gr	HARINA DE TRIGO 1000gr	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 2200gr	ATÚN EN AGUA 1000gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES 1650gr)	FRIJOL 1000gr	LENTEJA 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 1000gr	PANELA 1000gr							
1	Luz Yenith Polo Ayola	1052736125							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					Luz Yenith Polo	1052736125	Luz Yenith
2	Wendy Luz Benitez Herrera	1143368988							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					Wendy Benitez	1143368988	Wendy B.
3	Abigail Calderas Salcedo	1249068108							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					Mª Angelica SC	1.047401085	Mª Angelica SC
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: María del Pilar SC

Nombre legible de quien entrega:

Firma: ___

Representante Legal EAS o su delegado

R. P. P - Abril - 2023 - Fami - Gestante - Lactante