BIENESTAR FAMILIAR

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

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fami

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual ✓ Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: Mayo 2023

NOMBRE DE LA EAS: Red Social NOMBRE DE LA UDS/UBA/RCA Los Rosales

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: MC Lote M

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13001000545 07

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: 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 900gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES) 1950gr	FRIJOL 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 500gr	Alimento de alto valór Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL 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	Maximiliano Marrugo Ahumada	1201287203	01/02/2023	03/05/23		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	·Brigitn Ahumada	1084743850	Brigith
2	Alana Sofia Buelvas Colón	1201288768	02/02/2023			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Channel COLON B	1148948570	Channel
3	Mariana Isabel López Arrieta	1044020367	02/02/2023			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Carmen Patricia cap	1047455532	
4	Isaias Ramirez Perlaza	1201288934	02/02/2023			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Yusneiy Perlaza L	1143.376.086	
5	Isabela Valentina Riveros Salas	1143421321	02/02/2023			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	Erik Lozano	7041983163	Erik
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	

Observaciones:

Firma: Betty Cohuo 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: Famy

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual ✓ Vacacional o Recreo ____ Otro ____ Especifique: ____

MES DE ENTREGA: mayo 2023

NOMBRE DE LA EAS: Red Social NOMBRE DE LA UDS/UBA/AIC: Los Rosales

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Mz 10 Lt 23 Esmeralda 1

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1300100054507

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica solo para los primeros entregas de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO DE EDAD EN MESES: 6 A 11 MESES	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
						ARROZ BLANCO 50Grs	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 100Grs	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES) 1500 Grs	FRIJOL 100Grs	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 30Grs				
						Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.								
1	Noel De Jesus Cosseres	1042597556	2/05/23			✓	✓	✓	✓	✓	✓	*Melissa Mendoza	*1143359270	*Melissa M
2	Maximiliano Alvarado	1143821700	2/02/23			✓	✓	✓	✓	✓	✓	Karen Alvarado M.	1143.3272.70	Karen A
3	Miguel Angel Valencia B	1142955096	2/02/23			✓	✓	✓	✓	✓	✓	Dubis Barrios Cabrera	45 556 232	Dubis B.
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

Observaciones:

Firma: Billy Cabrera S.

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTADOS EE PREESCOLARIZADOS

FPP-M01-FP	29/05/2023
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fami

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: mayo 2023

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

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Mz c L 14 Esmeralda 1

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1300100054507

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Anótese 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	GRUPO POBLACIONAL	GRUPO POBLACIONAL	GRUPO POBLACIONAL	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): ARROZ BLANCO 1500gr	PASTAS ALIMENTICIA ENRIQUECIDAS 1500gr	HARINA DE MAIZ 2000gr	HARINA DE TRIGO 1000gr	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 2,750gr	ATÚN EN AGUA 1650gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES 1650gr	FRIJOL 1000gr	LENTEJA 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 1000gr	PANELA 1000gr	Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL 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	2/02/23						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					Deis Bentet Hernandez	1001935808	Deis Benitez.
2	Egar Andres castro M.	1201291391	2/02/23	23/05/2023					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					Yorlenis Marimon		Yorlenis M.
3	Salome Martelo Fontalvo	1143422049	2/02/23						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					Eucaris Fontalvo	32753431	Eucaris Fon
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											

Observaciones:

Firma: Betty Cabrera.

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Anexar copia de este documento para el cargue de soportes