REGIONAL: BOLÍVAR CENTRO ZONAL: IND. de la Bahía MUNICIPIO: Cartagena

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Fundación Raíz Social

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

MES DE ENTREGA: MAYO 2023

NOMBRE DE LA EAS: ____ NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA: los luceritos

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) (dejar en blanco para la cohorte 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) | | | | | | | | | | | | Alimento de alto valor Nutricional | | | | NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | ARROZ BLANCO 1560gr | PASTAS ALIMENTICIA ENRIQUECIDAS 1300gr | HARINA DE MAIZ 2000gr | HARINA DE TRIGO 1000gr | LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 2.700gr | 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 | | | | | | | |
| | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Yorkel Castrochantes | 1143422162 | 14-02-23 | 23-05-23 | ✓ | | | | 150gr | 150gr | 200gr | 160gr | 130gr | 165gr | 110gr | 100gr | 160gr | 160gr | 100gr | | | | | Yolima martinez B | 1044926145 | Yolima martinez |
| 2 | Valle Hernandez Garcia | 1247906816 | 14-02-23 | 23-05-23 | ✓ | | | | 150gr | 150gr | 200gr | 160gr | 130gr | 165gr | 110gr | 100gr | 160gr | 160gr | 100gr | | | | | Maria Candelaria Bello | 1007160015 | Maria Candelaria |
| 3 | Rosa ortega Ruiz | 1052943253 | 14-02-23 | 23-05-23 | ✓ | | | | 150gr | 150gr | 200gr | 160gr | 130gr | 165gr | 110gr | 100gr | 160gr | 160gr | 100gr | | | | | Rosa A. ortega Ruiz | 1052943253 | Rosa ortega |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Nazly SF

Nombre legible de quien entrega:

Firma: ____

Representante Legal EAS o su delegado

REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: Dr. Sede Bolivar 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: Fundación Raíz Social NOMBRE DE LA UO O SUBARUCA: los luceritos

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | No. IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (fecha de ingreso a la modalidad antes de la primera entrega de la RPA) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPA (DD/MM/AAAA) | CRITERIO DE SELECCIÓN: 6 A 11 MESES | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): ARROZ BLANCO 100gr | HABAS ALIMENTICIAS SECAS COCIDAS 140gr | HUEVO DE GALLINA Y CODORNIZ (EL 15 UNIDADES) 240gr | FRIJOL 140gr | ACEITE DE GIRASOL O MAÍZ 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 | SANTINO A DORIA Morales | 1120129104 | 14-02-23 | 23-05-23 | V | 50g | 40g | NS | 40g | 5ml | | Vanessa Morales B | 1128055534 | Vanessa |
| 2 | EMMA MAZA BARRAGAN | 1120120258 | 14-02-23 | 23-05-23 | ✓ | 50g | 40g | NS | 40g | 5ml | | Zurisadai Maza B | 1128050100 | Zurisadai |
| 3 | YERAL VILLA GUERRERO | 1084232639 | 14-02-23 | 23-05-23 | ✓ | 50g | 40g | NS | 40g | 5ml | | MANUEL S GUERRERO | 1.047401.22 | MANUEL |
| 4 | LUCIA | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: NOMBRE

Nombre legible de quien entrega

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

REGIONAL: Bolívar CENTRO ZONAL: Industrial MUNICIPIO: Cartagena

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fami

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

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

MES DE ENTREGA: MAYO 2023

NOMBRE DE LA EAS: Red Social NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA 165 locales

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: 1 A 2 AÑOS | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete: ARROZ BLANCO 500gr | PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 1000gr | AVENA EN HOJUELAS 200gr | HARINA DE MAÍZ 500gr | LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 300gr | HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES) 1950gr | FRIJOL 1000gr | ACEITE DE GIRASOL O MAÍZ O SOYA 330gr | Alimento de alto valor Nutricional | NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Emmanuel Pino Guarra | 1047519685 | 14-02-23 | 23-05-23 | ✓ | 50 | 100 | 50 | 50 | 90 | 165 | 100 | 50 | | Yesica Jamaica | 1052069956 | Yesica J |
| 2 | Luciana Bechara García | 1026283744 | 14-02-23 | 23-05-23 | ✓ | 50 | 100 | 50 | 50 | 90 | 165 | 100 | 50 | | Ruben Tordecilla | 1193729440 | Ruben T |
| 3 | Keibanis Sofia Tapia Cuello | 1044020272 | 14-02-23 | 23-05-23 | ✓ | 50 | 100 | 50 | 50 | 90 | 165 | 100 | 50 | | Erika Gonzalez | 52.01269 | Erika G. |
| 4 | Abigail Castillo Guzman | 1201287359 | 14-02-23 | 23-05-23 | ✓ | 50 | 100 | 50 | 50 | 90 | 165 | 100 | 50 | | Xenia Guzman | 1001971576 | Xenia G |
| 5 | Leonardo Cabarca Berrio | 1043101134 | 14-02-23 | 23-05-23 | ✓ | 50 | 100 | 50 | 50 | 90 | 165 | 100 | 50 | | Yolanda Berrio D. | 1143376380 | Yolanda B |
| 6 | Zoe Montes Amador | 1249068195 | 02-05-23 | 23-05-23 | ✓ | 50 | 100 | 50 | 50 | 90 | 165 | 100 | 50 | | Lorena Amador | 1007962782 | Lorena A |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado