BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE RIESGO INFANTIL

F1900522 | 2555558
Versión 3 | Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública

REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: Industrial de la Bahia MUNICIPIO: Cartagena
NOMBRE DE LA MODALIDAD: Famy
NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____
RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso _____ Otro __ Especifique: _____
MES DE ENTREGA: Julio
NOMBRE DE LA EAS: Raiz Social NOMBRE DE LA UDS UBA AUCA Los Rosales
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Mc Lote 11
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13001000 54 507

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Anticipadamente 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 1500gr	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 1500gr	HARINA DE MAIZ 2000gr	HARINA DE TRIGO 1000gr	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 2700gr	ATÚN EN AGUA 1050gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES 1050gr	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	Deyker David Martinez P.	1047522366	02-02/23	14/02/23		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Baron Ander Banitez	1007975932	Banitez
2	Edgar Andrés Castro M.	1201291391	02-02/23	14/02/23		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Yoleis Castro	1002207164	Yoleis
3	Salomé Martelo Fontalvo	1143422049	02-02/23	14/02/23		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Somelys Martelo	1047457117	Somelys
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				

Observaciones:

Firma: Betty Cochuos
Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento... ¡piense en el medio ambiente!

REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: Industrial de la Bahia MUNICIPIO: Cartagena

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Fams

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

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

MES DE ENTREGA: Julio

NOMBRE DE LA EAS: Raiz Social NOMBRE DE LA UDS MEDIA: Los Rosales

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Mz Lote 11

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 130010005 4507

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Mes en que inicia la entrega de la RPP	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL 6 A 11 MESES	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) ARROZ BLANCO 200gr	PASTA ALIMENTICIA CHIRIGUACHITOS 200gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 15 UNIDADES) DE 825gr	FRIJOL 100gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 50cc	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	Noel de Jesus Caceres Mendoza	1042597556	01/05/23	14/07/23		1	1	1	1	1		Melissa Mendoza C	1143351270	Melissa
2	Maximiliano Parra Alvarado	1143921700	02/02/23	14/07/23		1	1	1	1	1		Koren Alvarado	1143337270	Koren A
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														

Observaciones:

Firma: Sally Cohmos

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante legal EAS o su delegado

REGIONAL: Bolivar CENTRO ZONAL: Industrial de la Bahia MUNICIPIO: Cartagena

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Famy

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

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

MES DE ENTREGA: Julio

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 Chofe 11

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 130010005 9507

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: 1 A 2 AÑOS	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): ARROZ BLANCO 500gr	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 1000gr	AVENA EN HOJUELAS 320gr	HARINA DE MAIZ 200gr	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO 300gr	HUEVO DE GALLINA (1 CUBETA DE 30 UNIDADES) 1050gr	FRIJOL 1000gr	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA 500gr	Alimento de alto valor Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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	Miguel Angel Valencia Barrios	1142955096		14/07/23		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Dubin Barria C	45 556 232	
2	Mariana Isabel López Arrieta	1049020367		14/07/23		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Carmen Arrieta	1047458883	
3	Isaias Ramirez Perlaza	1201288934		14/07/23		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Yusney Perlaza Mo	1.143376.036	
4	Isabela Valentina Riveros Salas	1143421321		14/07/23		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Camila A. Gallardo	1093962807	
5	Keilianys Pérez Pérez	1201288893		14/07/23		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Laura Perez M.	1127 953 264	
6	Alana Sofia Buelvas Colón	1201288768		14/07/23											Channel Colon B	1748948570	
7	Maximiliano Arrigo Ahumada	1201287203		14/07/23											Brigitte Ahumada		
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado