BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL:VIRGEN Y TURISTICO MUNICIPIO: SANTA CATALINA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DIMF

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF GALERAZAMBA
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: BARRIO 20 DE JULIO CRA 14 #14-33
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13026730004

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 12 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	TRIPOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ALANNA MARIA ANAYA MELENDEZ	1051895819	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900			Gabriela C	1047457888	Gabriela C
2	DEYSMARIS HENRIQUEZ MELENDEZ	1051895863	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900			María Julia	1051885191	María Julia
3	IVANA SOFIA GONZALEZ CARDENAS	1051895873	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900			Yelenis Mebuk	1047337053	Yelenis M.
4	KIARA LUCIA CARRILLO VEGA	1052733415	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900			Dalmis Vega	1052733415	Dalmis V.
5	MARIA BELEN MOLINA PEÑA	1201292015	31/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900			[illegible]	[illegible]	[illegible]
6	NUREIDYS ALVARADO JIMENEZ	1193319530	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900			Nureidys J	1193319530	Nureidys.
7	YOJAN DAVID QUIROZ TAFUR	1051895918	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900			Yojan Tafur	1002431025	Yojan T.
8	LUZ MARINA ORTIZ MELENDEZ	1051885153	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900			Luz Marina	1051885153	Luz Marina O.
9	ADHARA LUCIA ARENAS ORTIZ	1051895849	31/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900			[illegible]	[illegible]	[illegible]
10	ANDRES DAVID SOTELO LECHUGA	1043495883	31/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900			[illegible]	[illegible]	[illegible]
11	ELIETTE MOLINA BARRIOS	1051895739	29/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900			[illegible]	[illegible]	[illegible]
12	GAEL DAVID VILLEGAS RUIZ	1240298222	29/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900			[illegible]	[illegible]	[illegible]
13	JHON DAVID BOLIVAR SORACA	1051895740	30/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900			[illegible]	[illegible]	[illegible]
14	LAUREN SOFIA FONTALVO JIMENEZ	1051895684	29/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900			[illegible]	[illegible]	[illegible]
15	MARINELL TOVAR BABILONIA	1051895762	29/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900			[illegible]	[illegible]	[illegible]
16	SANTIAGO DE JESUS SOLANO ROA	1051895700	31/8/23		x			500	1000				825	1000		500				900			[illegible]	[illegible]	[illegible]
17	THAEL JACOB GIL CARRILLO	1201291474	29/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900			[illegible]	[illegible]	[illegible]

Observaciones:

Firma: [illegible]

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento ... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Escaneado con CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP	29/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: BOLIVAR **CENTRO ZONAL:VIRGEN Y TURISTICO** **MUNICIPIO: SANTA CATALINA**

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DIMF

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

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS:- FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN **NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF GALERAZAMBA**
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: BARRIO 20 DE JULIO CRA 14 #14-33
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13026730004

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
				SOLDADOS GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ADRIAN JOSE CARRILLO COMENDADOR	1044396328	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Carmen C.	1051883790	Carmen
2	ANA VICTORIA JIMENEZ GUTIERREZ	1044396328	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Rosa Gutiérrez	273/5274	Rosa Gut
3	BRICHEL SOFIA ARENAS TORREGLOSA	1051895197	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Sandra T	1007258685	Sandra
4	BRITANNY MELENDEZ FERNANDEZ	1051895606	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Yulena F.	1131404064	Yulena F.
5	DAIRO ANDRES RAMIREZ MELENDEZ	1051895454	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			irlena M.	1051884821	Irlena M.
6	DEINER ELIAS CHARRIS RAMIREZ	1051895540	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Liliana R	1193235851	Liliana R
7	DERWIN ALVARADO CARABALLO	1051895382	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Yesica C.	1192744980	Yesica C.
8	ELIANIS SOFIA FRANCO FERNANDEZ	1051895519	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			ELIANA. F	1005785176	Eliana
9	HENRRY JUNIOR MOLINA VILLEGAS	1051895448	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Milodis A	23139874	Milodis
10	IAN DAVID GONZALEZ VILLEGAS	1051895539	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Betilda V	1192744981	Betilda V
11	MARIA ALEJANDRA MADERA VILLEGAS	1051895339	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			María Hu.	2314044	MARIA
12	TAYLOR SAID MANUEL MARMOL	1051895599	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			yoselin M.	1051884214	yoselin.
13	YANETH ISABELLA MELENDEZ BANBAGUE	1063435120	29/08/23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Janet María	2313956	Janeth

Observaciones:

Firma: MARIA DEL C. ARRIETA

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Escaneado con CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP	29/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL:VIRGEN Y TURISTICO MUNICIPIO: SANTA CATALINA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DIMF

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

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS:_ FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYB **NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF SANTA CATALINA**
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: BARRIO 20 DE JULIO CRA 14 N° 14-33

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13026730004

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ARAM JOSUE CONEO RAMIREZ	1051895894	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
2	BRIAILYS SOFIA LIGARDO VALENCIA	1051895938	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
3	ELIZABETH GONZALEZ LLERENA	1044780192	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
4	JEREMIAS CERVANTES MARSIGLIA	1051895932	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
5	JESUS DANIEL RIPOLL PEREZ	1051895839	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
6	KAREN YULIE GUERRA MEJIA	1118846497	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
7	LEYKER JOSE TUÑON PEREZ	1051895926	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
8	LUIS ANGELO URBINA GALERA	1051895852	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
9	MARIA ESTEFANY PAJARO PEREZ	1051887542	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
10	SHEILY HERNANDEZ CANTILLO	1002431456	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
11	VALERI PEREZ CHICO	1002430958	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
12	YAHIR JOSE CALDERON RIPOLL	1051895889	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
13	YERLIS KATERINE PAJARO PEREZ	1051884157	31-08-23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
14	YESIR DAVID ALTAMAR ROMERO	1051895850		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900				
15	Laura Jimenez Delgado	1051887983	31-08-2023	X																				
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Yusly Peñata Ramirez

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F1.MO13.PP	29/03/2019
	Versión 3	Página 1 de 1
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: BOLIVAR **CENTRO ZONAL:VIRGEN Y TURISTICO** **MUNICIPIO: SANTA CATALINA**

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DIMF

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS:_ FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYB **NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF SANTA CATALINA**
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: BARRIO 20 DE JULIO CRA 14 Nº 14-33

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13026730004

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 12 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ANGELA MARIA HERRERA RIVERA	1051890416	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
2	DANILA ESTHER PEÑARANDA CORREA	1051886529	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
3	DEICY LORENA DIAZ CANTILLO	1002430140	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
4	EMMANUEL TARON CANTILLO	1051895926	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
5	ERICA CASTELLON PACHECO	1052732711	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
6	EULALIA MARIA SANJUAN MALDONADO	1043870865	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
7	GIANNA SOFIA CASTRO GONZALEZ	1051895846	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
8	ISARIS MARGARITA COGOLLO PEÑARANDA	1051887385	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
9	JULIETA MARIA CABARCAS MUÑOZ	1051895832	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
10	MILENA VILORIA PUCHERO	1002071113	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
11	SINDY PAOLA BELTRAN SANCHEZ	1051886115	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
12	SUGEYS EDILVIA BERDUGO	6098478	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					
13	YURANIS ESTHER VILORIA PACHECO	1002431395	29/08/23	x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	1000	1000		1050	900					

Observaciones:

Firma: Magola Sierra H.
Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP	29/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: BOLIVAR **CENTRO ZONAL:VIRGEN Y TURISTICO** **MUNICIPIO: SANTA CATALINA**

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DIMF

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

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS:_ FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN **NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF SANTA CATALINA**
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: BARRIO 20 DE JULIO CRA 14 Nº 14-33

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13026730004

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																			
1	AARON JOSUE HURTADO PEREZ	1051895751	24-08-23		x			500	1000				825	1000		500				900				
2	ALIX DAVID VENTURA BATISTA	1051895695	30-08-23		x			500	1000				825	1000		500				900				
3	ANDRES DAVID ALVAREZ FONTALVO	1051895693	29-08-23		x			500	1000				825	1000		500				900				
4	ANTONIO LUIS RIVALDO RIVALDO	1043717142	01-08-23		x			500	1000				825	1000		500				900				
5	DANIS DANIELA VENERA RIOS	1051895710	31-08-23		x			500	1000				825	1000		500				900				
6	DILAN ADRIAN PEREZ MUÑOZ	1051895755			x			500	1000				825	1000		500				900				
7	EDIL ANDRES ORTIZ HERNANDEZ	1051895755	29/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900				
8	ELIAM JOSUE RAMIREZ GONZALEZ	1051895665	30-08-23		x			500	1000				825	1000		500				900				
9	GREILIS SOFIA PEREZ VILORIA	1051895720	29-08-23		x			500	1000				825	1000		500				900				
10	LOREDANA TABORDA TORRES	1051895654	29-08-23		x			500	1000				825	1000		500				900				
11	LUIS MATEO GUTIERREZ DIAZ	1051895789	31-08-23		x			500	1000				825	1000		500				900				
12	LUZ VALENTINA HURTADO DIAZ	1051895795	31-08-23		x			500	1000				825	1000		500				900				
13	MARIANA PRENS GERONIMO	1238348977	29/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900				
14	MATIAS DE JESUS PORRAS DE LA HOZ	1051895670	31/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900				
15	SAMANTHA RAMIREZ MORENO	1051895726	31/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900				
16	TOBIAS DE JESUS RADA RODRIGUEZ	1051895747	31-08-23		x			500	1000				825	1000		500				900				
17	YERICK JAVIER LOMBANA LEON	1047521862	29/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900				
18	YERIELCK JAVIER LOMBANA LEON	1047521863	29/08/23		x			500	1000				825	1000		500				900				
19																								
20																								

Observaciones:

Firma: Nasly Pérez Ramírez

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento ¿piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP	29/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL:VIRGEN Y TURISTICO MUNICIPIO: SANTA CATALINA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DIMF

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF SANTA CATALINA
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: BARRIO 20 DE JULIO CRA 14 Nº 14-33

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13026730004

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES LACTANTES DE MENOS DE 6 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATOLL	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ABBY ELIETTE DIAGO MATOS	1051895593	29-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Rosa Matos	1051895593	Rosa M.
2	ADHARA SOFIA CESPEDES MENDOZA	1051895423	31-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Hector Luis	1051895423	Hector C.
3	ADRIEINYS ANETH JIMENEZ CARRILLO	1051894655	30-08-23				X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		500		500	525	900			Danny Diaz	1051895324	Danny D.
4	ALIFF SOFIA BLANCO CERVANTES	1051895640				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900					
5	DAFNE CABARCAS BLANCO	1051895504				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Lolibeth Angie B	Madre 1051895504	Lolibeth
6	DANIEL JOSE PEREZ RODRIGUEZ	1051895114	30-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Diana Vasquez	1143411516	
7	DIOSWER JOSE BERRIO FONTALVO	1051894759	29-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Karen M.P	1143354[illegible]	Karen M.P
8	ELIENAI MUÑOZ VASQUEZ	1051895033	30-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900					
9	EMMA LUZ ARRIETA PATERNINA	1051895033	30-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Angelica	1051892410,	Angelica
10	GUSTAVO ANDRES COTA BANGUERA	1051895227				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Bianis S	1002430449	Bianis
11	HIBER ANDRES BABILONIA ARIZA	1051894904	30-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900					
12	ILAI JOSE BELTRAN SANCHEZ	1051895635	29-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Maria Conco	1002[illegible]	Maria C.
13	JADIEL ANDRES IMBRECH PEREZ	1051895579				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Cristina Caballero	Madre	Cristina Caballero
14	JALITH SALAS CONEO	1051895034	30-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900					
15	KEYMAR JOSE CABALLERO GONZALEZ	1051895245	30-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900					
16	LIA SARAI SUAREZ URQUIOLA	10433541137				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Wendy P	1051886686	Wendy
17	LUIS JOSE GONZALEZ PEREZ	1051895600	29-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Yoisy H	1131444148	Yoisy H
18	MADELEY PAOLA ALVAREZ MURILLO	1048612982	29-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Yimara Ortega	1001898[illegible]	Yimara O.
19	ORLYN JOSUE ORTEGA TORRES	1201283593	30-08-23				X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		500		500	525	900			Deiris Baron	1235033[illegible]	Deiris B
20	SAMARA ISABEL PETRO BARON	1051895419	30-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			ENA Peña	Madre	ENA Peña
21	SAMARA SOFIA PEREZ PEÑA	1051895364	30-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Andrea C.	1143314961	Andrea C.
22	SIMON ANDRES ROMERO DE LA VEGA	1051895334	30-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900			Jose David	1143[illegible]	Jose David
23	ZOE DANIK SANTOS PACHECO	1051895171	31-08-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500		900					

Observaciones: El cupo fue retirado, y se ingreso a una mujer gestante

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma: Nisly Perez Ramirez
Nombre legible de quien entrega:

Antes de imprimir este documento ... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.IM15.PP	20/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:_AGOSTO_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO_____

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 IDENTIFICACION	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
				MADRES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ANA MILENA CARRILLO SEVERICHE	1049824495		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Ana Milena	1049824495	Ana
2	BRIANA MARCELA POLO CUADRO	1052733438		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Briana	1052733438	Briana
3	ELIANA SOFIA OLIVERA ALCAZAR	1247259319		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Sadith	1247259319	sadith
4	EVA SANDRID GOMEZ MORALES	1048608352		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Eva Gomez	1048608352	Eva
5	FRANCIS CAROLINA COLINA ANTEQUERA	5326715		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Francis Colina	5326715	Francis
6	KIVIS CAROLINA PEROZA MENDOZA	1007188162		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Kivis Peroza	1007188162	Kivis
7	MAGALI CONTRERAS ARROYO	1049829047		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Magali contreras	1049829047	Magali
8	MONICA FRANCO BARBOZA	1049828618		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Monica Franco	1049828618	monica
9	ROSA PALMIRA MALLARINO RADA	1143360103		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Rosa mallarino	1143360103	Rosa H.
10	SHAIRA MILETH TORRES HERNANDEZ	1049833072		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yana Mileth	1049833072	Yana
11	YARINA ARROYO RAMOS	1047428915		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Henry	7357425	Henry
12	YOSELIN ANDREA ALTAMAR CASTELLON	1247968096		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Alejandra	1469995	Alejandra
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma: Bleidys Torres.

Nombre legible de quien entrega: BLEIDYS GEST

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

6 a 11 meses

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP Versión 3	29/03/2019 Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICA MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: MEDIO FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAB¿VO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF JUAN PABLO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
				NIVELES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ABRAHAAM DAVID ZAMBRANO BARRAZA	1042597950			x			500	1000				825	1000		500							1145400581	
2	ARANTH DAVID ARZUZAR BARBOZA	1049832982			x			500	1000				825	1000		500							1002917332	
3	LOREN ANDREA MARTINEZ MARRUGO	1051895787			x			500	1000				825	1000		500							1012876490	
4	SARA ISABEL IBAÑEZ BELLO	1049832849			x			500	1000				825	1000		500							1050948906	
5	VALERIS SOFIA PARDO HERRERA	1051895809			x			500	1000				825	1000		500							1237139493	
6	YEILYS ROSIBEL MARTINEZ FUENTES	1047521586			x			500	1000				825	1000		500								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Yeidis Torres.

Nombre legible de quien entrega:

BLEFYS 6 A11

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI.MO11.FP	28/01/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICA MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: MEDIO FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF JUAN PABLO

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ADRIAN JOSE FERIA DIAZ	1143421448				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	ALAN JOSE ALCAZAR BENITEZ	1051895686				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ANGEL DAVID TERAN PINEDA	1238348559				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	CAMILA ANDREA HERRERA LABARCU	1051895694				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	EMANUEL DE JESUS DUARTE MORALES	1049832692				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	EMANUEL DAVID MARTINEZ MARTINEZ	1049832809				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	FRANYELIS SOFIA BLOOM PARDO	1051895274				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	GABY MARIA GUARDO MONSALVE	1201289062				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	GAEL MORALES DE LA CRUZ	1051895586				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	IVANA JIMENEZ PADILLA	1201289012				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	JANIER DAVID ZUÑIGA BOZO	1051895536				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	KARILIS ADRIANA MANJARREZ SALAS	1048470912				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	KEILYS DAHYAN ROYO VERACIERTA	1048612799				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	KENNER ANDRES COGOLLO ORTIZ	1238346236				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	KENNIER DAVID BABILONIA ALTAMAR	1201287797				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	KEVIN JOHAN GUZMAN CABARCAS	1142954105				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17																								

Observaciones:

Firma: Bleidis Torres.

Nombre legible de quien entrega:

BLEIDY 1 A 2

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI.8013.PP	20/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICA MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: MEDIO FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF JUAN PABLO

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	KIARA SOFIA DAUTT JULIO	1047519916				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yuliana J.	1002200607	
2	LEIDI MAR PINTO SANCHEZ	1042597162				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rider Pinto	1002317235	
3	LIA MICHAELL MERCADO CORTECERO	1048472160				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yelsy Cortecero	1047474283	Yelsy
4	LUIS MATEO LUNA MONSALVE	1051895315				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Mariangel Monsalve	26269870	Mariangel M
5	LUIS MATEO BALLESTAS OCHOA	1051895317				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Jose	1052066975	
6	LUISA ISABELL MERCADO CORTECERO	1238347870				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yelsy Cortecero	1047474283	Yelsy
7	LUZ ESTHER FIGUEROA CARRASCO	1238347536				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yoelis Carrasco	1047338838	Yoelis Carrasco.
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma: Blaidis Torres.

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

BLEIDY 1 A2

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PO11.FP	29/05/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA_____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:_ AGOSTO _

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO_____

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN EN AGUA		BIENESTARINA			
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																			
1	JOSE DAVID DALMAOS SARZA	1044009790					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
2	JOSE LUIS BALLESTAS OCHOA	1049832092					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
3	JOSEANNY M. CERVANTES GONZALEZ	1049832397					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
4	JUAN PABLO DIAZ VIDES	1065295368					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
5	LUIS SANTIAGO VIDES BRACHO	1051894951					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
6	LUIS MARIO GIL LOPEZ	1069508371					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
7	LUISANA ISABEL TORRES DIAZ	1049832488					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
8	LUZ KARINA WILCHES POLO	1049832499					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
9	MANUEL DAVID BLANQUICETT BELEÑO	1143419233					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Bleidis Torres.

Nombre legible de quien entrega:

BLEIDY 3 A 5

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.MG13.FP	29/05/2018
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: PÚBLICA	

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO _

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS:UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO_____

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 ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL: MUJERES EN PERIODO DE GESTACIÓN Y LACTANCIA	GRUPO POBLACIONAL: NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	GRUPO POBLACIONAL: NIÑOS Y NIÑAS DE 1 AÑO A 2 AÑOS Y 11 MESES	GRUPO POBLACIONAL: NIÑOS Y NIÑAS DE 3 AÑOS A 5 AÑOS Y 11 MESES	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	Alimento de alto valor Nutricional: BIENESTARINA			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	ANA FERNANDA MARTINEZ SERRANO	1002315186		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				ana fernad	1002315186	ana
2	ANA MILENA GARCIA MORALES	1049824689		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Ana Milena	1049824689	Ana Garcia
3	CRISTIAN DAVID BLANCO RIVERA	1049833087		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yesica rivera	1007537696	Yesica R.
4	DIANI DEL CARMEN CUADRO PEDROZA	1049830078		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Diani cuadro	1049830078	Diani cp.
5	ELIZABETH ELLES MIRANDA	1043656712		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Edith	23140570	Edith
6	FERNANDY LUZ ESCORCIA PEREZ	1002316155		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Alex GP.	73153638	Alex GP.
7	LIAM DAVID GUERRERO ROMERO	1049833013		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Dayana	1049823783	Dayana
8	LIAM JOSE MIRANDA SERRANO	1049833018		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Dina Luz	1002316057	Dina
9	LISETH PAOLA MERCADO DE HORTA	1143355645		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				L. Seth M	1143355645	L. Seth M
10	LUZ STEPHANY CORREA CEDEÑO	1049828918		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Luz Stephany	1049828918	Luz Stephany
11	YARISAY MARIMON LUNA	1101879770		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				-Karen P.P.J.	1007951818	-Karen P.J.
12	YARLIN TATIANA JUNCO BALLESTAS	1051688703		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				-Enit B	23115737	Enit B
13	YORLEIDIS PATRICIA MARRUGO CARRIAZO	1002317401		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Jose L Marrugo	8980376	Jose L Marrugo
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: Liliana Posso

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

LILIANA GEST

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO _

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAB¿VO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DMF JUAN PABLO___

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		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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ABRAHAM GABRIEL MARTELO RIVERA	1049833047			X			500	1000				825	1000		500							ANO: Josefa 1008918621 mama
2	ANGEL MARIA MORALES SALCEDO	1049832985			X			500	1000				825	1000		500							- Aura K 5c - 1049831796 Aura K 5c
3	ARIS DANIEL ALTAMAR VILLEGAS	1049833001			X			500	1000				825	1000		500							- 40 M5 1049833001 - 40 M5
4	CRISTIAN DANIEL POLO GONZALEZ	1049832862			X			500	1000				825	1000		500							Zuly Gonzalez 1002316990 - Luis
5	JUAN ANDRES SALCEDO BALLESTAS	1049832972			X			500	1000				825	1000		500							- Eury - 7508169 Eury
6	LUCIANA MARIA CUELLO MENDOZA	1238349014			X			500	1000				825	1000		500							Maria Mendoza 1007655901 -
7	LUIS DANIEL SALCEDO GAVIRIA	1051895717			X			500	1000				825	1000		500							YARLEIDIS 1002317029 YARLEIDIS
8	MILETH RAMOS ASCENCIO	1049832922			X			500	1000				825	1000		500							Blanca Ascencio 1103099354 - Asti
9	NOREIMIS PORTO SIERRA	1049832964			X			500	1000				825	1000		500							Jeanfrancis 1049831083 Jeanfran -
10	XAVIER ANDRES LOPEZ QUEVEDO	1049832892			X			500	1000				825	1000		500							Franyelis 2624664 - Franyelis
11	YOELIS MILAGRO ALTAMAR LORAS	1049832870			X			500	1000				825	1000		500							Yohana L. 1.014220915 Yohana L.
12	Brianis Michel Martinez.	1049832893																					1 Silvia 21.037730 Silvia
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Liliana Posso

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

LILIANA S.A 11

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FT.M013.PP | 29/01/2019
Versión 3 | Página 1 de 1

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: _ AGOSTO _

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO_____

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN EN AGUA		BIENESTARINA			
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ALYCE SOFIA GONGORA BERTEL	1051894301					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Arlyes BERTEL	1051890853	Arlyes BR
2	ANGELICA DANIELA PACHECO MORENO						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Diliana	-6123255	-Diliana
3	ASHLY VALENTINA MATOS ROA	1051894079					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			ADRIANA ROA	1002072559	MADRE
4	DILAN DE JESUS ALCALA SERRANO	1049832660					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			-yuly S.S.e.	1193320082	-yuly S.
5	GLEIDER CANTILLO LOZANO	1049832283					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Naidelyn	1044824172	Naide
6	ISAAC DAVID APARCEDO CUMANA	1051895543					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Diliana	6123255	Diliana
7	JHON LUIS HIDALGO DIAZ	1049832430					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			-Alcira	-2311582	Alcira
8	JOSMARYS MILAGRO MONTES BARBOZA	1049832332					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yoselin B	1002314877	Yoselin
9	JUAN MIGUEL AYOLA MALLARINO	1049832245					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Julreth	1051842808	Julreth
10	MARYELIS VILLAR IGLESIA	1049832442					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Calidad H	2336770	calidad
11	SAMUEL DAVID FUENTES BALLESTEROS	1049832175					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Manuel H	1049829533	Manuel.
12	MATHIUS POSSO AYOLA	1049832502					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Laura Ayola	1051891864	Laura A.
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								

Firma: Liliana Posso
Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

ULIANA P A B

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.M013.PP	
Versión 2	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:__AGOSTO__

NOMBRE DE LA EAS:___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO _____

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ADAN ANDRES MARTELO RIVERA	1048469249				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Ana Josefa	1001898621	ANDI
2	ARAN JOSE SUAREZ CONEO	1051895347				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Fabiola Coneo	1127616763	Fabiola
3	EHILYN SOFIA TORRES GAVIRIA	1048612483				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Olga Torres	1048608406	Olga
4	GEHILYN MARIA TORRES GAVIRIA	1048612482				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Olga Torres	1048608406	Olga
5	JHOAN ALEXIS PEDROZA CASTRO	1240696701				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Andreina	1048604	Andreina
6	JUAN PABLO URIBE CONEO	1045027675				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Nancy Coneo	1047897416	Nancy Coneo
7	LUZ DANIELA SALCEDO LUNA	1201288653				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yarledis	1002377029	Yarledis
8	LUZ YELI PEREZ CABAL	1049832606				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Angeli Scabal	1049832606	Angelis
9	NAILLIUW LISETT PACHECO MORENO					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Liliana C	1123155	Liliana C
10	ORIANGELIS VEGA MORALES	1044019432				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Allongelis morales	2130853	Allongelis
11	YANIS LUZ MARQUEZ SERRANO	1051895392				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yanis S.C.	1193200	Yanis S.
12	YESITH DAVID MANJARREZ ORTIZ	1049832748				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Sandra Ortiz	1133721993	Sandra
13	YEISI TERESA GUARDO TORRES	1049832894				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Laura Heme	1003	Laura
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

ULIANA 1 A 2

Firma: Liliana Posso

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FI.MO13.PP	29/03/2018
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA_____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:__AGOSTO__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO _____

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 IDENTIFICACION	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
				MADRES GESTANTES Y MADRES EN LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un gulón si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ANDRES STEVEN TORRES TORRES	1247258415				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Andrea Torres	1.047417044	Andrea T
2	CRISTOBAL DAVID BERRIO PITALUA	1051895368				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Geydis Berrio	1057885276	Geydis
3	DARIAN DAVID MIRANDA IRIARTE	1048612212				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Camila Iriarte	1002815405	Camila
4	DARISNELI M. MORALES HERNANDEZ	1048612715				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rosa Hernandez	1003157894	Rosa
5	DASHA ISABEL BALANTA IRIARTE	1048470561				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rosa Matos	45.685.661	ROSA
6	DAYERLIS IRIARTE BRICEÑO	1044015057				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yorberlis B.	1093791852	Yorberlis
7	DEIVIS DE JESUS TABORDA ALTAMAR	1051895663				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Dailys A.	1002316429	Dailys A.
8	DENIS SANDRITH ANILLO AGAMEZ	1048472843				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Brayan Agamez	1002246533	Deidys A.
9	DILAN TORRES PUERTA	1142954314				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Leandriz P.M	1047077063	Leandriz
10	DILAN HERRERA TORRES	1242389570				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Torres	1010143914	Maria
11	DYLAN DE JESUS VITOLA GARCIA	1051895513				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Miguel Vitola	1003317302	Miguel
12	EDER LUIS ALCARZAR ALTAMAR	1247258286				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Luisa Alcar	1036495103	Luisa
13	ELIANYELIS SOFIA ANILLO PUERTA	1238347990				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yaneris Puerta	1049432740	Yaneris
14	ELIETH SOFIA MORALES SANCHEZ	1051895052				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Lina	1006910781	Lina
15	EMMANUEL J. CONTRERAS NARVAEZ	1235050794				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rafael B.	1049929681	Rafael B.
16	FRAILIANI YULISA SUAREZ ALMAGRO	1048612653				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Adriana A	1128062657	Adriana
17																								

Observaciones:

KAREN LA Z

Firma: Karen S Barros

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento ¿piense en el medio ambiente?

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FT-SOCY-247	[illegible]
Versión: 2	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO__

NOMBRE DE LA EAS: ___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO _____

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 IDENTIFICACION	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
				GESTANTES Y LACTANTES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 4 AÑOS Y 11 MESES		ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
*	IAN DE JESUS CASTRO SUAREZ	1044017894					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
*	IMARAY SOFIA MORALES ALTAMAR	1048612440					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
*	ISABEL MARIA LOPEZ CHAVEZ	1142954368					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
*	ISAC DAVID TORRES SOSA	1051894995					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
*	IZAN DAVID PEREZ ROMERO	1201289596					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
*	LEANDRO ISAAC GELIS SALCEDO	1049832791					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
	MARIA JOSE CARDENAS ABAD	1042596194					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
	MARIEL SOFIA PEREZ MARTINEZ	1201290151					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
	NAIKER ELICK ROCHA BLANCO	1238348144					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
	SAMARA NICOLLE MELENDEZ BASQUEZ	1247258883					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
	ZOEL SOFIA SINISTERRA MARQUEZ	1238349514					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						

Observaciones:

Firma: Karen B S

Nombre legible de quien entrega:

KAREN L A S

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PO13.PP Versión 3 Clasificación de la Información Publica	20/03/2018 Pagina 1 de 1

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:_ AGOSTO _

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO_____

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN EN AGUA		BIENESTARINA				
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	BELEN DE LOS ANGELES AHUMADA CHAVEZ	1142952501					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				- INES	45685220	INES
2	CAMILO ANDRES HERNANDEZ VIDEZ	1201276842					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Carolvides	113722201	Carol
3	ELIANA DEL CARMEN BLANCO GOMEZ	1238345837					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Fasilecome	1044114508	Fasiles
4	JOSE DANIEL ANILLO AGAMEZ	1049832147					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				bleidys a	1002246533	bleidysa
5	YAHELL ANTONIO MORALES DIAZ	1048612161					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Yadiel Diaz O	1143389000	Yadiel
6	YOIMAR JOSE CORREA BLANCO	1051894680					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Karen Blanco	1101448090	Karen
7	YONEIVIS JOSE MORALES CASTRO	1048611490					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				-LIDDA	1043641474	-LIDDA
8	YONIEL DAVID IRIARTE CORREA	1051894521																					Yuneidis	1193319588	Yuneidis
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

KAREN 3 A S

Firma: Karen Barros S

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP Versión 3	29/03/2019 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: ___ BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: _____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:_AGOSTO _

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAB¿VO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO___

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
				MADRES GESTANTES Y MADRES LACTANTES	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 24 A 59 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ALANNA VICTORIA CORREA CONEO	1048473789				x		500	1000				825	1000		500								
2	EDWAR JOSE ALMAGRO ARROYO	1247259305				x		500	1000				825	1000		500								
3	JACOB DAVID ESTUPIÑAN CARDONA	1048613189				x		500	1000				825	1000		500								
4	JUAN MANUEL VILLAR VILLALBA	1143421610				x		500	1000				825	1000		500								
5	JUAN DANIEL REYES OLIVARES	1142920045				x		500	1000				825	1000		500								
6	LIAM CAMILO AVILA TORRES	1247259171				x		500	1000				825	1000		500								
7	LIAN ANDRES AMARANTO ELLES	1063654996				x		500	1000				825	1000		500								
8	LUIS MATHIAS MARTINEZ ESALAS	1048473426				x		500	1000				825	1000		500								
9	MAICLARIS PAOLA MONTALVO REBOLLEDO	1201290174				x		500	1000				825	1000		500								
10	SALOME SOFIA DIAZ ALVIS	1238348970				x		500	1000				825	1000		500								
11	SALVADOR DE JESUS BARBOSA BLANCO	1235052177				x		500	1000				825	1000		500								
12	SAMARA ISABEL RODELO TORRES	1048832965				x		500	1000				825	1000		500								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Karen Barros J

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FT.M.P.Y.P.P Versión 3 Clasificación de la Información Pública	29/07/2019 Página 1 de 1

REGIONAL: ____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA___ __

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____ _____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____ ____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO__

NOMBRE DE LA EAS: ___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DMF JUAN PABLO _____

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y LACTANTES DE 0 A 6 MESES	MUJERES GESTANTES Y LACTANTES DE 7 A 12 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 2 AÑOS A 4 AÑOS 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 5 AÑOS A 6 AÑOS 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	LENTEJAS DE BASE	HABA SECA DE TIPO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ATÚN DE CHANCLO EN ACEITE VEGETAL	PANELA	SOPA EN HOJUELAS							
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																
1	JHON LUIS MIRANDA RODRIGUEZ	1051895469					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	JORDAN YESID ORTEGA SANCHEZ	1051895174					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	JOSUE DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ	1049950245					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	JOSUE DAVID BARBOZA FAJARDO	1047519884					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	KARLA YEILETH MARTINEZ MIRANDA	1047520260					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	KELIANYS CUAVA CASTAÑEDA	1051895333					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	LEONARD DANIEL DE VOZ BARBOZA	1238347614					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	MARIA ISABEL GONZALEZ ROZO	1051895005					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	MARIA JOSE IRIARTE ARROYO	1048472036					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	MELEIDYS CANTILLO SOSA	1142954605					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	MIA LORENA BOZO OVALLE	1051895525					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	ORIANA SOFIA ORTECA PUERTA	1044017017					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	OSCLEIBER ENRIQUE SIMANCAS AREVALO	1051895080					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	REYCHELL VICTORIA OROZCO CAMACHO	1051895117					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	RICARDO URUETA TORREGLOSA	1049832545					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	SALVADOR MARTÍNEZ PEREZ	1238347787					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Representante Legal EAS o su delegado

FIRMA 1 A2

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PROC1.FP	[illegible]
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Receso_____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:__AGOSTO__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO _____

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 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 IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y LACTANTES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ALAN DAVID SIMANCA VIDES	1048612703				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	ANA LUCIA ARIZA MURILLO	1051895555				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	BRIANA MILAGROS ECHANDA GOMEZ	5981621				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	DANNA DANIELA MORALES PUELLO	1048471722				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	DARIANYS MICHELL CAMPOS FLOREZ	1048612195				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	DAYRON JOSE FUENTES MASS	1201288788				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	DEWIN LUIS SALAS ORTEGA	1047520662				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	DILAN DANIEL BARBOZA BARBOZA	1051895268				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	DIVANNY LUZ BALLESTA BLANCO	1051895192				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	ISAMARI SOFIA RINCON CASTELLANO	1049832745				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	IZAN DAVID DE HORTA RAMOS	1142954955				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	JANER LUIS SOSA DE AGUSTIN	1048612975				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	JEFERSON JOSE ALTAMAR PADILLA	1201289082				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	JERONIMO CHAMORRO MORENO	1048612426				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	JESUS DAVID BENITEZ BARBOZA	1051895134				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	JESUS MATEO DE AGUSTIN ALMEIDA	1048612351				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17																								

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

FIRMA 1 A 2

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

BIENESTAR FAMILIAR

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

F1.MOY3.FPP	29/05/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:__AGOSTO__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DMF JUAN PABLO _____

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 IDENTIFICACION	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
				MADRES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES		ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	SAMUEL DAVID ZURITA LOPEZ	1048467954				X			500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Luz mercy L	1104110970	
2	VICTORIA ISABEL MERCADO FLORES	1050980407				X			500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Katiuska	1051997185	Katiuska
3	XANDER JAVI BLANCO HERNANDEZ	1048612699				X			500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yandy	1004430411	Yandy
4	YEINER VILORIA POLANCO	1238348262				X			500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Jackeline	609/284	Jackeline
5	YETZALI DEL CARMEN GOMEZ SAUCEDO	1042596282				X			500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Carmen Saucedo	1233440820	Carmen Saucedo
6	YOMARIS ANDREA NIETO PEÑA	1049951145				X			500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Marinelis Peña	1233050462	Marinelis
7	YONAIKER ANDRES RUIZ ORTEGA	1042596550				X			500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yuselid O	1044829863	Yuselid O
8	YORJAN MATIAS BABILONIA TORRES	1048612561				X			500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yobaira torres	1002431564	Yobaira.
9	YULIANIS MIRANDA BARRERA	1042597252				X			500	1000	500		900	1650	1000		500		500					KELLY BARRERA	30102000	KELLY
10	YULIETH MIRANDA BARRERA	1042597251				X			500	1000	500		900	1650	1000		500		500					KELLY BARRERA	30102000	KELLY
11																										
12																										

Observaciones:

FIRMA 1 A 3

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI.JDY.LPF | Versión 3 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICA MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: MEDIO FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF JUAN PABLO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
				MADRES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN EN AGUA		BIENESTARINA				
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	DANIELA SOFIA JUNCO PATERNINA	1049832211					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Wendi P.P	1003330651	Wendi P
2	DEIVI JOSE ORTEGA DE AGUSTIN	1236441743					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			NATALIA	1052884	NATALIA
3	HINDAEL SAMUEL CONTRERAS PEREZ	1048468797					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Maribel	1152941954	Maribel
4	HISAEL JOSUE CONTRERAS PEREZ	1048468798					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Maribel	1152941954	Maribel
5	ORLYN EDUARDO TORRES BLOOM	1048611965					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Miriam T.	1047 6682	Miriam T.
6	REIBER JESUS OROZCO CAMACHO	1028673225					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Angelica C.	2424282	Angelica
7	ROBERT DAVID SINISTERRA CUADRO	1049832192					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Anyuris	1007969976	Anyuris
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

FIRMAS

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual: __X__ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA__AGOSTO_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO _____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____ _____

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

#	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y LACTANTES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ABBY JADHATZA CASTRO BARRAGAN	1050926408				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Talbet Ozuna	23002629	
2	ABIGAIL OZUNA MEJIA	1143420043				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Stardy B	1002296209	
3	ABRAHAM JOSE FINOL SARMIENTO	1044018945				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yusmary Sarmiento	5338129	
4	ADAN DAVID TORREGLOSA FERIA	1049832764				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yenifer Feria	1043338320	
5	ADONAY ESTER LAMBRANO MEZA	1048472068				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Daniela Meza	1047498484	
6	ADRIAN JOSE MORALES MORALES	1049832830				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Adnelis Morales	1049826810	
7	ALAN CAMILO BORJA GONZALEZ	1201284785				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Carmen Gonzalez	1124044909	
8	ALANNA SOPHIA PUELLO CONTRERAS	1048612695				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Selene Contrera	1048580458	
9	ALBANYS HERRERA JULIO	1247258040				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Katty Julio	1049825706	
10	ANA LUCIA SERPA SERPA	1051895256				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Luisana Serpa	1051842428	
11	ANGELYS ORTEGA GONZALEZ	1238347479				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Guillermo Ortega	1047492127	
12	ARIELIS SOFIA ORTEGA CANTILLA	1247258283				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Sheillys Cantillo	1002431134	
13	BRYAN ANDRES APARICIO ORTEGA	1042597172				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Beatriz Ortega	0518914534	
14	CARMEN ELOISA PUERTA CORREA	1049832721				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Orelis Puerta	1193819391	
15	CHAIRA MANU SARMIENTO REYES	1048472326				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Belki Muñoz	1148706854	
16	CHARLOTTE ARIANA PEREZ MUÑOZ	1042596751				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Catalina Reyes	1002201414	
17	Dilan daviol Morales cervantes																						- KATTS NORIEGA	1049826	

ANGELICA 1 A 2

Observaciones:

Firma: Camila Mejia
Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.M013.FP	29/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Publica	

REGIONAL: ____BOLIVAR____ CENTRO ZONAL: ____DE LA VIRGEN Y TURISTICA ____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA ____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Receso_____ Otro__ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO__

NOMBRE DE LA EAS: __FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN ____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ____DMF JUAN PABLO _____

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 IDENTIFICACION	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
				MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	CRISTIAN ISAAD IRIARTE MIRANDA	1235051966				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Andreina Miranda	1193319787	1193319737
2	DANIELA SOFIA LUNA PARRA	1175719415				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Luna parra	1002316527	•MAYiA LUNA
3	DANNA ISABELLA BOHORQUEZ LOPEZ	1233922307				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					yor. Enith V.	1049023923	
4	DAPIANA CATALELLA CIRO PIÑERO	1201285458				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Coralis piñero	25891026	
5	HENYELIS SOFIA JIMENEZ FUENTES	1049832657				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yella Fuentes	1051886563	
6	LHIA KEYCETH ORTEGA HERRERA	1127543726				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Keidys Herrera	1047417495	• KEIDYS H
7	LUIS FERNANDO TORRES SUAREZ	1042596898				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yellyn Suarez	1237441584	.YeilynS
8	LUIS MANUEL BALLESTAS HERNANDEZ	1049832768				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rafael Ballestas Herrera		
9	MARIELIS SOFIA FUENTES CUADRO	1049832735				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Angely Cuadro P.	1.049830735	Andy.c.p.
10	MILAGROS CASTELLANO OVIEDO	1235441745				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Julia oviedo	1102576347	Julia
11	NASHLIN MISHEL JINETE OQUENDO	1048612517				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Mario Jinete	1048601459	MJ
12	ROSA ELENA OSPINO MEDINA	1247259157				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Miryuns Ospino	1081929528	MiryurisosP
13	YESIS ANDRES SALCEDO ANGULO	1049832766				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma: Camilafeyja

Nombre legible de quien entrega:

ANGELICA S A 2

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

F1.PP01.F07 | 29/5/2019
Versión 3 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICA MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: MEDIO FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DMF JUAN PABLO

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 IDENTIFICACION	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
				MADRES GESTANTES Y LACTANTES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN EN AGUA		BIENESTARINA			
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	BRENDA PAOLA RUIZ MENDOZA	1051895073					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Noreis Ruiz	1051388680	NbRuiz
2	DAMIAN JOSE CASTELLANO CASTRO	1049832091					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Karen Castro	1002315605	Karen castro
3	DANISON SUAREZ OSPINO	1049832299					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Consuelo Ospino	1193313992	Consuelo
4	DARIAN FELIPE FUENTES FRANCO	1143419464					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Mayerlis Franco	1002317545	Mayerlis F
5	DAVIER AGUSTIN ROA PEREZ						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Gisella Camacho	5818970 ppt	Gisella
6	DILAN ALEJANDRO CABEZA ORTEGA	1238345760					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Milenis Ortega	1043644871	Milenys Ortega
7	DYLAN DAVID MERCADO RAMOS	1238345546					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Maria Ramos	1001835164	M. Maria.
8	EDWIN JUNIOR CASTRO ARROYO	1048464624					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Andrea Herrera	1002316800	Andrea
9	ELIANIS MARIA PEREZ MORALES	1242388169					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Marlys Peroza	1050984448	Marlys Peroza
10	ELIZABETH CAROLINA JIMENEZ MARTINEZ	1201281181					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Marlys Martinez	1051986678	Marlys
11	EMMANUEL DE JESUS CASTELLANO RIOS	1143419717					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Julieth O.	1102576317	Julieth.
12	EYMI SADELI MIRANDA TORRES	1049832139					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Adreina Miranda	1193319737	1193319737
13	GAEL JOSE BELTRAN ALCAZAR	1142951849					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Angis Mendoza	23118081	Angis
14	JAIR JOSE OLIVERA ALCAZAR	1044008686					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Sadith alcazar	1044198324	Sadith
15	JERLIS NICOLL CASTELLON CASTILLO	1043337681					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Jhuvel Castillo	1143358680	J. Jhuvel C.
16	JESBELIS ISABELLA MONCADA JULIO	6051878					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Wilbelly Julio	Cedula ppt	Wilbelis Julio
17																								

ANGELUCA 3 A 5

Firma: Camila Mejia
Nombre legible de quien entrega:

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.M013.PP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Publica	

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICA MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: MEDIO FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DMF JUAN PABLO

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN EN AGUA		BIENESTARINA				
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	JESUS DAVID BOSSIO ZUÑIGA	1201274218					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Luisa Zuñiga	1007973028	Luisa Z
2	JESUS MATEO ORTEGA MARTINEZ	1047518835					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Nelda Martinez	45685702	Nelda M
3	MIA KEYCETH ORTEGA HERRERA	1127542453					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Keidys Herrera	1044417495	Keidys H
4	SANTIAGO DE JESUS TORRES TORRES	1048465562					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yelmis Torres	1047446499	Alejandro Torres
5	VALERIS SOFIA BARBOZA RIVERO	1238345042					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Willkelys Rivero	28667109	Willkelys R
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

ANGELICA 3 A.S

Firma: Camila Feria.
Nombre legible de quien entrega:

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F1.MO13.PP	29/03/2019
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 3	Página 1 de 1
	FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICA MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: MEDIO FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAB¿VO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF JUAN PABLO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MADRES GESTANTES Y MADRES LACTANTES	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O PALMA O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	DARIANA SOFIA RIBON ARDILA	1048474236			X			500	1000				825	1000		500						Dariana Ardila	1048474236	Dariana R.
2	DEISY CAROLINA OLMOS IRIARTE	1051895766			X			500	1000				825	1000		500						Karlis I. B	1051895766	Karlis I. B
3	FELIX DAVID SERPA POLO	1049833010			X			500	1000				825	1000		500						Yaxlis Cantillo	1197[illegible]5	Felix
4	GAEL ANDRES BENAVIDES NAVARRO	1201290182			X			500	1000				825	1000		500						Isela Benavides	1235216081	Isela.
5	KAELIS PAOLA RUIZ LEON	1048473452			X			500	1000				825	1000		500						Yaxlis León	1041365969	Yaxlis León
6	MARIANIS ESTHER JIMENEZ AYOLA	1047521670			X			500	1000				825	1000		500						Kelly Ayola	33026396	Kelly
7	SAINETH ESTER MARRIAGA RAMOS	1235052554			X			500	1000				825	1000		500						Elizabeth Ramos	1008899372	Ramos
8	SARAY VICTORIA AGUILAR HENAO	1238348746			X			500	1000				825	1000		500						Maria Henao	1174065818	Maria H
9	YORK HENDERSON PEREZ CANTILLO	1238349248			X			500	1000				825	1000		500						Yelva cantillo	1002315852	Yelva cantillo
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FT.PO13.FP	20/07/2018
		Versión: 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: _ AGOSTO _

NOMBRE DE LA EAS: __FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF JUAN PABLO_____

DIRECCION 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 IDENTIFICACION	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
				MADRES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN EN AGUA		BIENESTARINA				
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ADA LUZ MENDOZA BELLO	1201281090					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Jorge Pardo	73569440	
2	EMELI SOFIA JOHN GONZALEZ	1051894499					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Erau John	28220R	
3	JHOENDRY ANDRES MALDONADO LEON	6091312					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Andrea León	29887753	
4	JOSE DAVID MONTERO PEÑA	1201279622					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Sara Peña	1236340730	
5	LUIS MATEO ALMAGRO PUERTA	1201277680					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Yeimis Ariza	1047227731	
6	MATEO NARVAEZ GUTIERREZ	1104269653					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Angelica G	1104873048	
7	MILER ALEXANDER JULIO CASTELLANO	1238341974					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Marisol castellano	1047444478	
8	NEDER JOSE FIADA ARIZA	1201281753					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Rosa Puerta	33.026.763	Rosa P.
9	NEIMAR JUNIOR ALTAMAR SERPA	1042595116					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Bededa	1226249723	Bededa
10	SEBASTIAN MATOS WILCHES	1043334499					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Meris Wil	45733345	(MERÍ)
11	SHERYL DAYIAN BRUNAL CORREA	1044008250					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Director postcero	1051891431	
12	TALIANA ISABEL AREVALO ORTEGA	1051894158					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Daniela #	1007968755	Daniela
13	THIAGO JOSE VIDES MERCADO	1048611695					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Tatiana	1049820984	
14	VALENTINA RODRIGUEZ PEÑA	1103522887					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Mejia Rodriguez	57425317	Mejia
15	VALERI SUAREZ MARQUEZ	1238345113					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Marian C.	1001998024	Marian
16	YELEANNYS NICOLL RAMIREZ RODRIGUEZ	1143418753					x	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Geiser Rodr	.5124565	Geiser
17																									

Observaciones:

MILENA 3 A 5

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Anexo de soporte de documento - permanece en medio magnético

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICA MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: MODO FAMILIAR

NOMBRE DEL OPERADOR O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Almuerzo X Refrigerio Otro Especificar:

TIPO DE ENTREGA: (ASERTO)

NOMBRE DEL E.A.S.: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA USUARIA RICA DNIT JUAN PABLO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DDMMAAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
				MADRES GESTANTES Y MADRES LACTANTES	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 12 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	INCAPARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete																				
1	ANDREINA YANIBEL JOHN GONZALEZ	1051895361				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	BREINEL DAVID CASTELLANO CASTRO	1048612435				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	CRISTIAN DAVID ROSARIO JIMENEZ	1043340160				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	EGLEANIS MILAGRO BOZO LEON	1051895006				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	ELIAS NAVARRO TORREGLOSA	1039107423				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	ELIER EDINSON CIRO CIRO	1201285459				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	EYERLIN DEL CARMEN HENAO BLOOCHIN	1247258882				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	JULIANNY VARGAS ZAMBRANO	1048612996				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	JUSDALIS ISABEL ORTEGA DIAZ	1235051792				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	KEVIN CRISTOFER GALVIS ORETGA	1018279024				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	KLEYNELIS MIRANDA MENDOZA	1233700462				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	LEIKER ANDRES ORTEGA HERRERA	1238348408				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	LIAM DAVID MORALES ALTAMAR	1049832823				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	LUIS BREILE CASTELLANO CASTRO	1051895619				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	LUIS ANDRES LUNA MARTINEZ	1048612839				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	LUIS ENRIQUE TORRES VIDES	1051895609				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						

Observaciones:

Firma: _____
Nombre legible de quien entrega

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado

MILENA LAS

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.SO13.FP | Versión 3 | Clasificación de la Información Pública

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA _____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Receso_____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA__AGOSTO__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA_____DIMF JUAN PABLO _____

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	MARLENIS ISABEL MONTERO PEÑA	1201291075				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Sara Peña	1238340730	Sara peña
2	MATIAS JOSE SUAREZ	1048613020				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					MAYibicardona	3119745	MAYI3.
3	MILAGRO CAROLAY NORIEGA OBRAY	1049832937				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Ana Obray	196709300	Ana Obray
4	NEIDIMAR HERNANDEZ AGAMEZ	1042597562				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yaveclis	1043986003	Yaveclis
5	NEIMAR JOSE IRIARTE MONTALVO	1049832802				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Brigyis	1002316766	Brigyis
6	PAULA ANDREA ALTAMAR VARGAS	1049832834				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yoleidis Olem	1044825773	Yoleidis
7	SAMUEL IASIAS ALVIZ DE VOZ	1044942041				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Eyder Palomino	45498793	EPB
8	SARAY CRISTAL CASIANIS PALOMINO	1201289816				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Saray Palomino	1107854828	SCP
9	ZOE ANDREA HERNANDEZ IRIARTE	1201289264				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Andreina	1002787725	Andreina
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

MILENA 1 A 2

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente

Powered by CamScanner

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso _____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___RAYITO DE LUZ

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 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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ALEXANDRI VILLALVA REBOLLEDO	1049832115				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	BRIANIS SOFIA ARUA BERDUGO	1051895360				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ESTEBAN GABRIEL AYOLA AYOLA	1051895552				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	ESTEBAN LOPEZ LOPEZ	1051895350				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	GEORGELYS ACEVEDO LOPEZ	1049832605				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	IAN JOSE TORREGLOSA SUAREZ	1051895391				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	JESUS DAVID RUIZ RIVAS	1049832724				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	JESUS GABRIEL MARRUGO VASQUEZ	1051895296				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	JHONLY MANJARREZ OAVIRIA	1049832759				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	JUAN DAVID MENDOZA GUERRERO	1049832606				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	JULIO CESAR MARTINEZ VELASCO	1051894967				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	KETHYM SCARLETH SALCEDO ALTAMAR	1049832700				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	MARIA CELESTE AYOLA MARIN	1049832749				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	MARIANYS SOFIA CASTILLO CASTILLO	1235050776				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	MAYRIN PATRICIA PORTO PRIETO	1051895243				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	MICHELL SAMANTHA MARRUGO CASTILLO	1049587798				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	Kalenis Torregloza																							

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: __DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: __CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: ___DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___RAYITO DE LUZ_____

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA							
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																						
1	ANYELA MARGARITA CUADRO CASTILLO	1049813792			X			500	1000				825	1000		500							Margarita 1.049813792 Olga		
2	DANY LUZ JARAMILLO VILLALVA	1049813971			X			500	1000				825	1000		500							Dany Jaramillo 1.049813971		
3	EMILIANO POSSO MALLARINO	1049813925			X			500	1000				825	1000		500							Emiliano 1.049813925		
4	MAUREN LUNA OROZCO CONEO	1051895766			X			500	1000				825	1000		500							Mauren 1051895766		
5	SAUL DAVID SALCEDO OLIVARES	1049813914			X			500	1000				825	1000		500							Angie Olivares		Angie O
6																									
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

Powered by CamScanner

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: __DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

ES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___RAYITO DE LUZ_____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
			MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATÚN	BIENESTARINA						
			Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
CANDELARIA ORTIZ ACEVEDO	1002370078		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Candelaria	1044886[illegible]	Candelaria
LEIDY JOHANA SALCEDO SARMIENTO	1049827613		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Leidy Salcedo	1044[illegible]3	Leidy S
WENDY YURANYS AYOLA CASTILLO	1049825663		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Patricia	53026257	patricia
YERALDINE DE LA HOZ ACEVEDO	1002317067		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Ana G	53025297	Ana G
YULEISY VEGA HERRERA	1049829033		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Yuleisy Vega	1049829033	Yuleisy Vega
MARIA JOSE ALTAMAR SALCEDO	1049829033		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Maria J	1044886[illegible]	Maria
MAURICIO URQUEJO OSPINO	1048617076		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Elianis	1081601224	Elianis
ELIZABETH SELENA JULIO GARCIA	1143954382		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Yuleisy Vega	1049829033	Yuleisy Vega
SCARLETTH SOFIA LANACHE ESCALANTE	1048613071		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Ana Sofia	27611344	Ana Sofia
ANDERSON DAVID PEREZ GUTIERREZ	1048613093		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Nelly	53026[illegible]	Nelly

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICO MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA JUAN PABLO

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 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 IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ALEINYS SOFIA FREITY MARRUGO	1049833031		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050							
2	ADRIANA LUCIA ANAYA ALTAMAR	1049812992		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050							
3	LALA MARIA SALCEDO FUENTES	1049833011		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050							
4	SHYANNA ISABELLA MORALES MORALES	1049812979			X			500	1000				825	1000		500										
5	DORIS YULIETH ELLES VICTOR	1048035597			X			500	1000				825	1000		500										
6	ELIANA SOFIA ORTIZ OROZCO	1049812865			X			500	1000				825	1000		500										
7	CRISTIAN DAVID PEREZ VILLAMIL	1078562158				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500								
8	SANTIAGO DE JESUS ARRIETA ANAYA	1073531492				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500								
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLÍVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICO MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Recesos Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: JUAN PABLO

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 ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL (RSUARIO)	Nº IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ALVARO LEON BARRIOS	1049832280					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Yulis Barrios 1049822804		Yulis Barrios
2	ANDRES ELIAS NOGUERA ESTRADA	1062 995683					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Kelly Altamar 1049824948		Kelly A.
3	EMANUEL MARTIN CORTEZ SARMIENTO	1052834731					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					glenis cortez 1049828493		Glenis C.
4	FRANCHESCA DEL CARMEN VILLALOBOS COLINA	1440769					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Yuridiel V. 6422273		Yuridiel V.
5	JESUS DAVID ESCORCIA PEREZ	1049832190					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Alexander Gonzalez 73153628		Alex G.P.
6	JOSELYN MARIA MARIN LEVETTE	1049832337					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					jose david M. 1047822222		
7	JOSNADER JOSE ZAMBRANO REYES	9615112					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Daniela tambo 5602454		Daniela R.
8	LUIAN ANDRES MANJARREZ MORALES	1049830807					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Edelin Nuñez 30423370		Edelin N.
9	NICOLAS ANDRES ORTEGA VERGARA	1049832320					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					yulieta Vergara 1002243780		Julieta Vergara
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

REGIONAL: ____BOLÍVAR_____ CENTRO ZONAL: _DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: _CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: __DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___RAYITO DE LUZ_____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA							
								Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																		
1	FLOPSA JUDITH CANTILLO MOVILLA	1051886285		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050							
2	JEANY OTILIA AYOLA FATERNINA	1049829393		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050							
3	NAYERIS SALCEDO OROZCO	1049826284		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050							
4	JUAN DAVID HERRERA RUIZ	1049833075		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050							
5	KEYLA ESTHER ORETGA HERRERA	1049832990		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050							
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

MariaJ 1051886330 MariaJ
Yelis DIAZ 1049826665
Nayeris 1049826284 Nayeris
Daniela Herrera 1049339938 Daniela Herrera
Esther 1237244112 Esther

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICO MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Recesos Otro Especifique

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFIN NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA RAYITO DE LUZ

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	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	N° IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAÍZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	NUCVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAÍZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATÚN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guion si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1					X			500	1000				825	1000		500									
2					X			500	1000				825	1000		500									
3					X			500	1000				825	1000		500									
4					X			500	1000				825	1000		500									
5					X			500	1000				825	1000		500									
6					X			500	1000				825	1000		500									
7					X			500	1000				825	1000		500									
8					X			500	1000				825	1000		500									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTO DE ALIMENTACIÓN DE PRIMERA INFANCIA

REGIONAL: _____BOLÍVAR_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: _FAMILIAR_____ CENTRO ZONAL: _DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: _CLEMENCIA_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: __DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso _____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___RAYITO DE LUZ_____

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 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 IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	NUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
								Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	ARIEL POSSO CABARCAS	1049832618				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
2	ALEXANDER BARON LOPEZ	1051894838				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
3	[illegible] KATHERINE MORALES OLIVERA	1051895284				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
4	[illegible] DAVID MANJARREZ ORTEGA	1049832683				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
5	BRAYAN DAVID RUIZ RUIZ	1049832508				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
6	MACEDA ESTER BERRIO OREJUELO	1101884790				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
7	[illegible] SANTOS GUERRERO MURILLO	1049832661				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
8	[illegible] ANGEL AYOLA GALLEGO	1049832718				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
9	[illegible] POSSO JIMENEZ	1051895596				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
10	DANIEL DAVID AYOLA OROZCO	1051895175				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
11	ERICK JHON MARRUGO CONEO	1051894891				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
12	ISABELLA SOFIA AYOLA POLO	1051895374				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
13	ISABELLA SOFIA GUARDO DIZ	1051284463				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
14	ISMAEL SANTIAGO FUENTES SUAREZ	1049832831																						
15	JESUS KALENYTA CONEO BARRIOS	1049832827																						
16	JHONAIKER DAVID PEREZ RICARDO	1051895373																						
17	LAURA CAMILA CUESTA PUERTA	1051895682																						

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

REGIONAL: _____BOLIVAR_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR_____ CENTRO ZONAL: __DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: _CLEMENCIA_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: ___DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___RAYITO DE LUZ_____

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MANI O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	LIAN JAVIER ZUBIETA DE LA HOZ	1049832589				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
2	OMAR MENDOZA PACHECO	1049832665				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
3	LUIS ANGEL SOLANO CARRAZO	1049832779				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
4	LUIS FELIPE CENTELLA ARRIETA	1049832969				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
5	LUZ MILAGRO CABRERA GONZALEZ	1049832577				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
6	MARIA INES AVILA ACEVEDO	1051895350				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
7	MATHIAS JOSUE MANJARRES SUAREZ	1049832597				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
8	NELLY SUSANA [illegible]	1049832752				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
9	PAUL ANTONIO [illegible]	1121[illegible]				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
10	PAULINA RAMIREZ BATISTA	1044019437				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
11	REYHAN SOFIA RUIZ OSPINO	1051895637				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
12	ROBMER JOHAN TORRES PUELLO	1049832797				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
13	SALOME ALTAMAR NAVARRO	1049832909				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
14	SARA LUCIA YEPEZ CERVANTES	1049832753				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
15	SARA SOFIA OROZCO OVIEDO	1051895485				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
16	VICTOR MANUEL MEZA ROBLES	1051895236				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							
17	YESIRETH SOFIA JULIO FUENTES	1051895067				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500							

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner



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

Versión 2	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: __DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: _CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: _FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: __DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

DICIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso _____ Otro ___ Especifique: _____

S DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN_____ NOMBRE DE LA UDS/UBA IUCA ___JUAN PABLO_____

RECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

DIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	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 IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
			MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN *	BIENESTARINA						
			Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
			X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050						
			X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050						
			X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050						

Powered by CamScanner

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

Clasificación de la Información Pública

REGIONAL: _____BOLÍVAR_____ CENTRO ZONAL: __DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: __CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: ___DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTPEGA:__AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___JUAN PABLO_____

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 IDENTIFICACION	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 RECIBE LA RACIO
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	DANIELA ISABEL SARMIENTO ALONSO	1045248233		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Daniela S	1045248233	Daniela S
2	DARLIN ELLES BARRIOS	33025973		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Darlin Elles	33025973	Darlin E
3	INDIRA MARCELA DE LA CRUZ PEREIRA	1002072505		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Indira M	1002072505	Indira
4	FABIANNI CAROLINA BOSSIO ATENCIO	1041900456		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Fabianni B	1041900456	Fabianni B
5	PATRICIA MARCELA BALVIN TOVAR	1002315055		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Darlin Elles	33025973	Darlin E
6	ANDRI YULIETH VASQUEZ FONTALVO	1045227738		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Andri Y V	1045227738	Andri Y
7	MARIA ALEJANDRA MENDOZA JULIO	1192742749		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Eduardo	8980448	Eduardo
8	ALEJANDRA PABLO TRUJILLO	1045251884		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Katterin	1065843574	Katterin
9	BRITHANIS VALENTINA PEREZ ESCORCIA	1240499913		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Leisybeth	7709797	Leisybeth
10	BRIN BEIKER POMBO CASTILLO	1045253199		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Dananis C	49506431	Dananis C
11	JUAN SEBASTIAN CAMARGO PEREZ	1045253299		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Milagro P	1002316337	Milagro
12	MARIA CELESTE TORRES JIMENEZ	1049833071		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Yurlei J	1045233326	Yurlei
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de empezar este documento, piense en el medio ambiente

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI.MO12.PP	
Versión 3	Página 1 de 1

Clasificación de la Información
Pública

REGIONAL: BOLÍVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICO MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA JUAN PABLO

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 IDENTIFICACION	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 RECIBE LA R
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 3 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																						
1	EMILIANO JIMENEZ SANTOYA	1045233075			X			500	1000				825	1000		500								Amparito Santoya	1045234965	Amp
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
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

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICO MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Recreo Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN NOMBRE DE LA USUARIA FICA JUAN PABLO

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 ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DDMMAAAA)	GRUPO POBLACIONAL				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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATÚN	BIENESTARINA						
								Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																		
1	[illegible]	[illegible]					X	500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Fabianni B. 1047		
2	[illegible]	[illegible]					X	500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Helen. O		
3	[illegible]	[illegible]					X	500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Julio 1		
4																									
5																									
6																									
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

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

Versión 2

Clasificación de la información
Pública

REGIONAL: _____BOLÍVAR_____ CENTRO ZONAL: __DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: __CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: ___DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA IUCA ___RAYITO DE LUZ_____

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 ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DDMMAAAA)	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 3 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAÍZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAÍZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATÚN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ALAN DAVID SUAREZ ORTEGA	1049832774				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Sofia Ortega	1047825824	Sofia O-
2	ANGIE FELIPE VILLA CORTINA	1051895390				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Ana Cortina	1002378336	Ana Cortina
3	ANGEL DAVID MARTINEZ ALTAMAR	1051895056				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						AURAZ	1049	AURAZ
4	BRIANNI SOFIA RIVERA GONZALEZ	1051895620				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						DORIS R	1007244739	DORIS
5	ELIAN DAVID RINCO BALLESTAS	1049832683				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Yarlin Tonco B.		Yarlin
6	EMMA ISABELLA RINCON CASTRO	1051897539				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Yuliman C	1233834101	Yuliman
7	EVERARDO HERNANDEZ ALVES	1048471220				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Yomaira P.	1001944690	Yomaira P.
8	[illegible]	[illegible]				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Vanessa	1002189485	Vanessa
9	[illegible]	[illegible]				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Maria Alejandra	1051897825	Maria A
10	[illegible]	[illegible]				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Fabiana Q.	1002216366	Fabiana
11	[illegible]	[illegible]				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Yusmaris Vargas		Yusmaris
12	ISAAC DAVID VASQUEZ ZUÑIGA	1049832769				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Silena	1049	Silena
13	ISABEL CONEO ZABALETA	1049832757				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Alba	45427240	Alba
14	JESUS DAVID VASQUEZ ORTEGA	1051895289				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Forcion	33	Forcion
15	JHONATAN MANUEL FUENTES PEREZ	1049832662				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Arunilda Perez		Arunilda P
16	JHONELL JOSE SERPA LIÑAN	1049832673				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Jusneidy L	1233	Jusneidy
17	JOSE MANUEL SILVA ARRIETA	1063185268				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500						Maira A T	1063135475	Maira

Observaciones:

Firma: Milena Hernandez

Nombre:

Nombre legible de quien entrega:

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICO MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA RAYITO DE LUZ

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 3 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	JUAN DAVID LOPEZ SANTIAGO	1049832784				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
2	KARLA SOFIA RUIZ DE AVILA	1049832854				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
3	DANA MICHEL PADILLA PIMIENTA	1048612816				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
4	LUCIANA SOFIA SOLANO MORALES	1051895303				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
5	MARELVIS SOFIA ACEVEDO UTRIA	1051895415				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
6	MARIA SALAM CORDOBA SOLANO	1049832829				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
7	MILAGRO MORALES MARTINEZ	1049832520				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
8	[illegible] CASTRO CAMPOS	1051895466				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
9	[illegible] AYOLA BELENO	1051895563				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
10	[illegible] ANDRES AYO VALERIO	1238147636				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
11	VALERY SOFIA MIRANDA VALENCIA	1051895353				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
12	WILLIAN JOSE VICTOR RODRIGUEZ	1049832510				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
13	YESIS ANDRES SALCEDO ANGULO	1049832766				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
14	YORJAN JOSE SALCEDO CASTILLO	1051895365				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

Versión 3

Página 1 de 1

Clasificación de la información
Pública

REGIONAL: _____BOLÍVAR_____ CENTRO ZONAL: __DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: __CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: ___DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___JUAN PABLO_____

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 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 IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	MILENA CAROLINA JIMENEZ HERNANDEZ	1049[illegible]365		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Milena Jimenez	1049[illegible]365	Milenajimenez
2	SHARITH VANESSA MELGAREJO DIAZ	1049827918		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Sharith	1049827918	Sharith
3	[illegible] EDUARDO AVILA MARTINEZ	1049[illegible]945			X			500	1000				825	1000		500								Yuranis	1002[illegible]735	Yuranis
4	[illegible]	[illegible]			X			500	1000				825	1000		500								BCIS M.	1050946860	BCIS M.
5	MARIANIS SOFIA VIDAL GONZALEZ	1049[illegible]884			X			500	1000				825	1000		500								Sonida	1049[illegible]	[illegible]
6																									
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

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR

CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICO

MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACION: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

RACIÓN: Mensual: X Vacacional o Fiestas: Otro: Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN

NOMBRE DE LA UDS/SUBA /UCA: RAYITO DE LUZ

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 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 IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	LAINER DE JESUS BERDUGO PACHECO				X			500	1000				825	1000		500									
2	MARIA CELESTE OSPINO GAVIRIA				X			500	1000				825	1000		500									
3	MISAEL JUNIOR VILLAMIL ZUÑIGA				X			500	1000				825	1000		500									
4	SEBASTIAN DE ARCO PINEDA				X			500	1000				825	1000		500									
5	WILMARYS DE LOS ANGELES VICTOR RODRIGUEZ				X			500	1000				825	1000		500									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Edilly Pedraza 1004822724 Edilly.
Diana Garcia 1045681779 Diana
Isabela 1007210415 Isabel.
Yuleidis 1049882093 Yuleidis
Anulis 1049824593 anulis

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: __DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: __CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: ___DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

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

MES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___RAYITO DE LUZ_____

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 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 IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	[illegible]	[illegible]		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					esteldy	1049936	esteldy
2	[illegible]	[illegible]		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					leidys B.	1002[illegible]551	Leidys.
3	[illegible]	[illegible]		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Mariacamila	1002[illegible]	Mariacamila
4	[illegible]	[illegible]		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Claudia	1051[illegible]	Claudia
5	[illegible]	[illegible]		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Fernanda.	1046273[illegible]	Fernanda Otero
6	[illegible]	[illegible]		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Yurani	1002[illegible]	Yurani
7	[illegible]	[illegible]		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Rosa B	1004[illegible]	Rosa B
8	[illegible]	[illegible]		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Maiga A	1051[illegible]	Maiga A.
9	[illegible]	[illegible]		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Celina R	1129[illegible]	Celina
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma: _____
Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

F1.PP12.FP | 29/03/2019
Versión 3 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública

REGIONAL: BOLÍVAR CENTRO ZONAL: DE LA VIRGEN Y TURISTICO MUNICIPIO: CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA JUAN PABLO

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ADIS MARIA CORONADO TARRAZ	1002071123		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Adis Coronado 1002071123 Adis C.
2	DANYS SOFIA DIAZ MORALES	1051895927		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Dany 1051895927 Dany
3	GENESIS SOLANO ORDOÑEZ	1047523322		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Hedy 1047523322 Hedy
4	JOSUE JAVIT RUIZ PIÑERES	SD		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Carmen 1049 Carmen
5	ZAMARA MARTINEZ ORTIZ	1238349893		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					michell 1238 michell
6																									
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

Powered by CamScanner

REGIONAL: _____BOLÍVAR_____ CENTRO ZONAL: __DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: __CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: ___DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Recreo_____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA IUCA ___JUAN PABLO_____

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 ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DDMMAAAA)	GRUPO POBLACIONAL				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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entrego en el paquete.																					
1	CAMILA RUIZ PINEDO	1047511294					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Carmela 1047511294	Carmela
2	LUCIANA MENDOZA TAPIA	1123417921					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Celina 1003163541	Celina
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones: _____

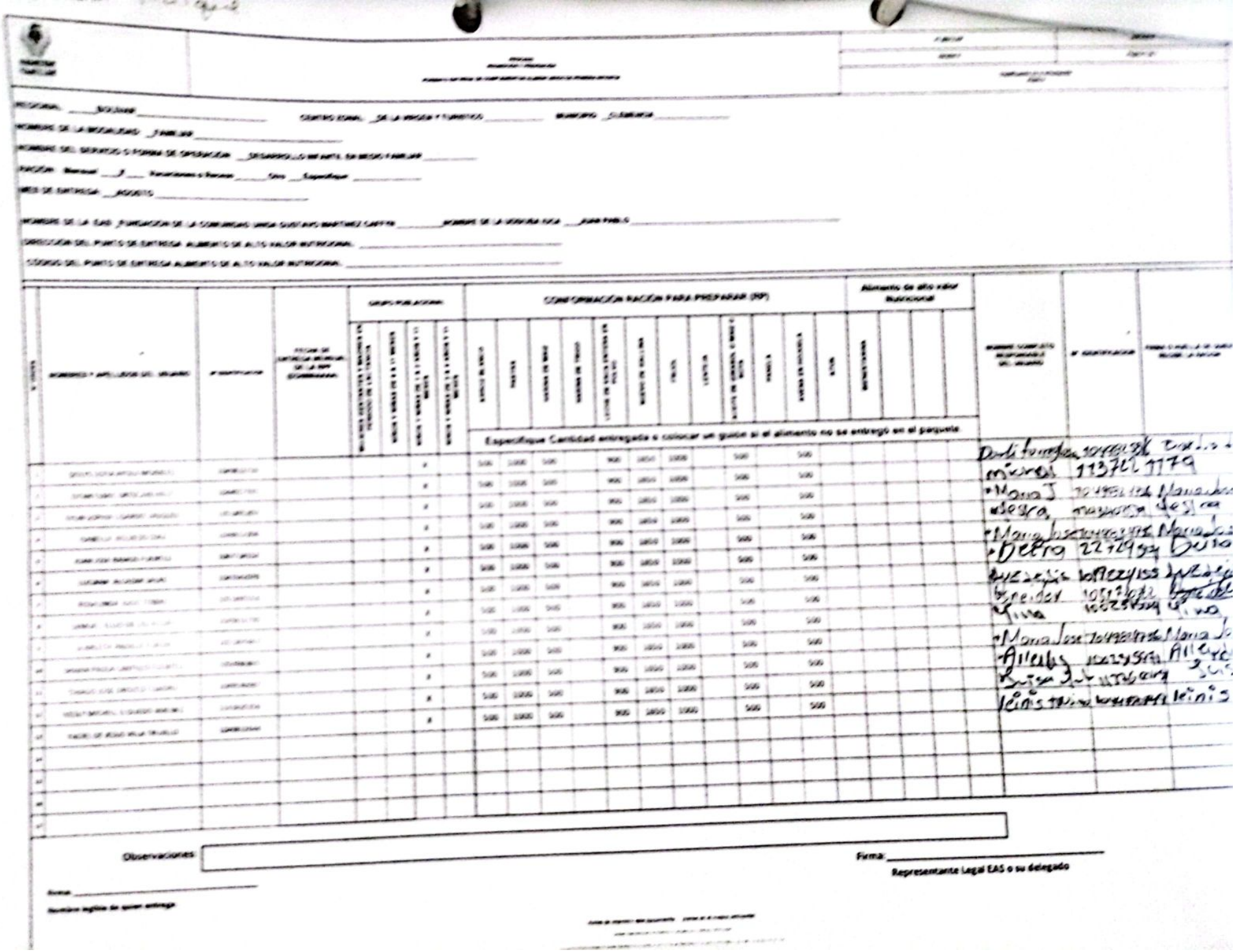
Firma: _____

Nombre legible de quien entrega

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner



Observaciones:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Nombre legible de quien entrega

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

REGIONAL: _____BOLÍVAR_____ CENTRO ZONAL: __DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: __CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: ___DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:___AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___JUAN PABLO_____

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 IDENTIFICACION	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 QUIEN RECIBE LA
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	DAIVA DAVID OLIVARES BALLESTA	1049832915			X			500	1000				825	1000		500								Hermelys	1002315049	Hermelys
2	ELENYS ISABEL CUADRO VASQUEZ	1049832924			X			500	1000				825	1000		500								Deibis	1067279564	Deibis
3	JHON MANUEL AYOLA PEREIRA	1049832983			X			500	1000				825	1000		500								Graciela	642879	Graciela
4	MAICOL DAVID FONTALVO RAMIREZ	1051895822			X			500	1000				825	1000		500								Yhei Lo	1046933415	Yhei Lo
5	NAILUZ FONTALVO RAMIREZ	1051895771			X			500	1000				825	1000		500								Yhonela	1046933415	Yhonela
6	YULIMAR LEMUS GUTIERREZ	1051895708			X			500	1000				825	1000		500								Diancuart	1067187303	Diancuart
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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: __DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: __CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: __DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___RAYITO DE LUZ_____

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 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 IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
				MUJERES GESTANTES Y LACTANTES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	GUINEVERIS VELASCO RODRIGUEZ	1051894889					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Yorlis Rodriguez 20358140	Yorlis Rod
2	GUIDO ALONSO VASQUEZ ZUÑIGA	1050286224					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Eileno Zuñiga 1049824850	Eileno Z
3	JAN ALEJANDRO CORTINA ARROYO	1143618754					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Yuneisleth Arroyo 2480227	Yuneisleth Arroyo
4	ISRAEL DAVID BERRIO CARRILLO	1101883767					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Jesly patricia Berrio 1193530092	Jesly Berrio
5	JORGE ISAAC ORDOÑO VILLEGAS	1045832440					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Yasnais Villegas 23026586	Yasnais V.
6	JUAN CAMILO CABALLERO RHENALS	1045832151					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Josefa Morales 23135955	Josefa
7	KEREN SOFIA CASTILLO HERRERA	1238164464					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Katherine Herrera 1104026	Katherine
8	KEVIN MATEO BATISTA [illegible]	1240872160					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Franyelis Acosta 26246671	Franyelis
9	[illegible]	[illegible]					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Natalia Flores 1002815750	Natalia
10	LUIS ANGEL PEREZ BAENA	1045832005					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Margarita Jaraba 1049824023	Margarita
11	LUISA ALEJANDRA ORDOÑO DE LA HOZ	1045832443					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Ana Isabel Negrete 33023293	Ana Isabel
12	MARLON ARIZA BERDUGO	1045832264					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Katia Verdugo 1002815148	Katia
13	NATALIA FLORES VASQUEZ	1051894429					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					Yulianis Vasquez 1049[illegible]	Yulianis V
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	
MODALIDAD FAMILIAR	FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	Versión 2

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: __DE LA VIRGEN Y TURISTICO_____ MUNICIPIO: __CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: __DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___JUAN PABLO_____

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 IDENTIFICACION	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
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ADRIANA LUCIA PALACIO SABAVIA	1049832994				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Amanda	1049827	Amanda
2																										
3	BRITTANY SOPHIA PEREZ GOMEZ	1047520809				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Yuleth	1047498227	Yuleth
4	ELENIS SOFIA AGAMEZ PORTO	1051895489				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Yuvia	1049749576	Yuvia
5	GABRIEL EDUARDO MONTERO SUAREZ	1051895661				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Rita	45438264	Rita
6	IONDAINER JESUS ZAMBRANO REYES	SD				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Daniela	5668464	Daniela
7	JOSE DAVID MENDOZA TORRES	1049832795				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Maryuri	1128204488	Maryuri
8	LUISA FERNANDA VELASCO DEL TORO	1051895447				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Yesmin.	1002375104	Yesmin.
9	VIATRIS MARQUEZ RUIZ	1042598979				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500								
10	BRIAN JOSE VILLEGAS SANCHEZ	1049832816				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Maria S	1049876983	Maria
11	NAHOMY ANDREA MOSCOTE CABARCAS	1201290016				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Dennys C.	1049832015	Dennys C.
12	SAMANTHA ISABEL MONTERO SUAREZ	1051895162				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Rita	45438264	Rita
13	SHAYLIN SOFIA LIÑAN BERRIO	1049832801				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Luisa J.	1049877090	Luisa J.
14	THIAGO ALEJANDRO AYOLA QUIROZ	1051895455				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Salma Q	1043648	Salma
15	YULIETH CAROLINA CONEO FERNANDEZ	1049832821				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						Stefani	5820730	Stefani
16																										
17																										

Observaciones:

Firma _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

REGIONAL: _____BOLÍVAR_____ CENTRO ZONAL: _DE LA VIRGEN Y TURÍSTICO_____ MUNICIPIO: _CLEMENCIA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: _FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: __DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACIÓN: Semanal: ___X___ Vacacional o Escuela: _____ Otro: __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: __AGOSTO_____

NUMERO DE LA EAS: _FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAPTAN_____ NOMBRE DE LA UDSUBA UCA: ___JUAN PABLO_____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

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

N° UCUA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	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	N° IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAÍZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAÍZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATÚN	BIENESTARINA							
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																						
1	KEISY PAOLA MENDOZA PUCHE	1002316888		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000	1050					Keisy P M	1002316888	Keisy PM
2	LINA LUZ MENDOZA DIAZ	1002317224		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000	1050					Lina Luz M	1002317224	Lina M
3	LUZ PATRICIA OLIVARES MARTINEZ	1049822037		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000	1050					Luz Pat	1049822037	Luz P.
4	LUCIELLY DIAZ VILLALOBA	1049826407		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000	1050					Luciell Y	1049826407	Luciell Y
5	DALANYS SANDRITH PARRA MANJARRES	1049823007		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000	1050					Dalanys	1049826056	C03
6	DANIEL JOSE MORALES CONEO	1049823993		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000	1050					Daniel	1049824	Daniel
7	OMAR ANDRES ORTEGA BARRIOS	1049823829		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000	1050					Yajaira	1002317224	Yajaira
8	ANGIE JESUS ALTAMAR CASTILLA	1049823824		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000	1050					Angie alq	1049823824	Angie Q
9	MARIA ALEJANDRA PANTOJA BARRIOS	1049823824		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000	1050					Yomaidu	1049823824	Yomaidu
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner