BIENESTAR FAMILIAR

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

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:__OCTUBRE__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 PERÍODO 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 OLIVO MARRUGO	1049832614					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Guisa Marrugo	1049825353	Guisa
2	MARIA CAMILA HERRERA PUELLO	1051894694					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Carmen Herrera	23136162	Carmen
3	MARIANA SOFIA PALACIO SARABIA	1234099671					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Retirado	Retirado	Retirado
4	YOLIMAR MARIN VICTOR	1049831990					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Retirado	Retirado	Retirado
5	YORVIS DE JESUS FERNANDEZ CAJAR	1049832466					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Yorvis Cajar	1049832466	Yorvis
6	STEVEN JAVIER VALDES RAMOS	0					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Keiliver Ramos	1251879	Keiliver R
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

NARLY S A S

Firma:_____

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
PROMOCION Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT-IDO13.PP
Versión: 1

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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 DEL RESPONSABLE 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	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	DANIS CAROLINA SALCEDO ALTAMAR	1049825782		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				danis salcedo	1049825782	danis Salcedo
2	MARYURIS PAOLA TORRES MARIMON	1137219058		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Maryuris torres	1137219058	Maryuris torres
3	ESTHER MARIA MARRUGO AURELA	1050958421		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Retirado	Retirado	Retirado
4	YULEISY MORALES PEREZ	1007576818		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yuleysis	1007576818	Yuleysis
5	LISNEY MARIA CANTILLO TORREGROZA	1002315851		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				[illegible]	1002315851	[illegible]
6	KERLY VANESSA AYOLA MIRANDA	1041976687		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Katerine Gil	33076783	Katerine Gil
7	ROSA ELENA LIÑAN GUTIERREZ	1238340400		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Zuleima Ruiz	23238320	Zuleima Ruiz
8	YURANIS ACEVEDO MARTINEZ	1049824381		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Retirado	Retirado	Retirado
9	Shabbai Orozco Acevedo	1049833088																					Yuranis Acevedo	1.049824381	
10	Noemi Angulo Marrugo	1049833106																					Esther Marrugo	1050956421	Esther M.
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

YUDIS GESTANTE

Firma:_____

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

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: OCTUBRE__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAB¿VO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	ALANYS NEYLETH GRAU PARDO	1049832971			X			500	1000				825	1000		500						Sandy Pardo Ayala	1051891206	Sandy Pardo
2	JAHZIEL DAVID VELASCO VICTOR	1049832947			X			500	1000				825	1000		500						Mayuro Victor S	1049829046	Mayuro V
3	KARIME SOFIA ROMERO PUERTA	1049832961			X			500	1000				825	1000		500						Meyles Puerta D.	1002316882	Meyles
4	LUILLY KALETH PEREZ QUIROZ	1049833048			X			500	1000				825	1000		500						LUIS ALBERTO	3184180556	LUIS PEREZ
5	MIA ZOE CARRIAZO SUAREZ	1049832956			X			500	1000				825	1000		500						Yessica gaviria	1049826721	Yessica
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

TVDS 6 A 11

Firma:_____
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-MO43.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: __OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS: ___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	AARON ARMANDO MARQUEZ VILLANUEVA	1049832828					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Retirado	Retirado	Retirado
2	AILEN VIVIANA SUAREZ SOLANO	1049832817					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Claudia Solano	1049824376	Claudia S.
3	AILYS SOFIA GODOY BELEÑO	1051895272					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maixin Beleño	1049830099	Maixin B
4	AMELIA ESTHER PALOMINO COMEO	1049832861					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Leonidas Congo Pedro	1002317343	Leonidas CP
5	ANYULIS SOFIA SALCEDO HERNANDEZ	1051895297					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Julieth Hernandez	1056881547	Julieth H
6	ASLAN ALCAZAR MENDOZA	1049832739					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Tania Mendoza	1005601607	Tania Mendoza
7	BEXY LILIANA SUAREZ CASTILLO	1049832630					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Albita Saul	1049823012	Albita
8	BRANYELIS GONZALEZ RUIZ	1051895590					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Claudia M	33826084	Claudia
9	EMIR RUIZ GUARDO	1233521136					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Guardo	1049828168	Maria Guardo
10	LUIS ESTEBAN QUINTERO VILLADIEGO	1044942028					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Doraida Julio	22615868	Doraida.
11	HANNA SOFIA VELASCO CASTAÑO	1051895263					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Carla Castaño C	33026079	Carla C
12	JAMER JUNIOR SUAREZ MERCADO	1049832668					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yasmiris Mercado	1049825587	Yasmiris
13	JANER DAVID VELASCO CASTAÑO	1051895264					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Carla Castaño C	33026079	Carla C
14	JHON JADER SUAREZ OROZCO	1049832695					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Joryi Suarez	1049827575	Joryi S
15	JILARIS SOFIA SUEVIS BALVIN	1044014270					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yulis Orozco	1049824588	Yulis
16	JUAN DIEGO SUAREZ TORRES	1049832772					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yeserin Suarez	25137700	Yeserin Suarez
17	KISHANYS IBETH MARTINEZ CANTILLO	1052741897					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Wendy Cantillo	1002314623	Wendy P.

Observaciones:

YUDIS I Q J

Firma: _____

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

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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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: MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	GRUPO POBLACIONAL: NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	GRUPO POBLACIONAL: NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	GRUPO POBLACIONAL: NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 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	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	LUIS ANDRES FIGUEROA BLANCO	1049832582	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rosa Blanco	1002197162	Rosa Blanco.
2	LUIS SANTIAGO JINETE BATISTA	1049832632	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rita maria	1049 814 316	Rita maria
3	MAITEHT SOFIA LEON TORREGLOSA	1049832693	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yeranis	1002151776	Yeranis
4	MARILEYS SOFIA CASTRO RAMIREZ	1051895621	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					MariPaz	1051886141	MariPaz
5	MATHEO HERNANDEZ CERVANTES	1051895546	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yorcelis cervantes	1049826000	Yorcelis cervantes
6	MILAN DAVID VELASQUEZ JULIO	1044942123	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Shaira Julio	1051888929	Shaira
7	MOISES DAVID LOPEZ CONEO	1049832864	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					DanielaConeo	MA514184	Daniela Coneo.
8	MONSERRATH SOFIA CORREA CONEO	1235051933	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Jorge Coneo B	1049826101	
9	SHEILYN SOFIA CONTRERAS CARDALES	1051895668	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Laura zabaleta	1002376145	Laura
10	SHAMUEL NAHYS BARRIOS BATISTA	1049832891	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Paula Barrios	30718460	Paula Barrios
11	THIAGO MANUEL MELGAREJO CASTRO	1120759037	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Dercy Torres	23139986	Dercy
12	YARA ISABEL VERGARA PAEZ	1124088988	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Daniela Vergara	Juan	1006883977
13	YOMAIRA LUCIA CASTELLARES ORTIZ	1101214050	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Julieth ortiz	1049582952	Julieth
14	Nelis Ruiz Hernandez	1051895509																					Carmen Hernandez	1001884627	Carmen
15																									
16																									
17																									

YUDIS 1 A 2

Observaciones:

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:
Nombre legible de quien entrega:

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION 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:__OCTUBRE__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	CESAR RAFAEL CASTELLARES ORTIZ	1101213881					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yuliztn Ortiz	1049582852	Yuliztn
2	CHANIEL SMITH FONTALVO BARRIOS	1049832534					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Paula Barrios	30718460	Paula
3	DANIEL JESUS ALTAMAR CARABALLO	1201277876					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yelly. Caraballo	1002317398	Kelly.
4	DAVIANIS ISABELLA RUIZ VIDAL	1049832148					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Maria Jose V.	1002317251	Maria J.
5	MARIA FERNANDA GUARDO ACOSTA	1049540486					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Luis Angel	1047867??	Luis A.
6	ISACC DAVID MOSQUERA MORALES	1142951614					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Luz Kerine Morales	1002315981	Luz Kerine.
7	SULLYNIS DEL CARMEN VEGA AYOLA	1043329916					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Kayola G.	1049825386.	Kayola
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

YUDIS 3 A 5

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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

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:__OCTUBRE__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	BLEINER BELTRAN PALENCIA	1049832455						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
2	DANIEL JAFAR PARRA RINCON	7347391						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
3	JULIANA DEL CARMEN SABALSA BATISTA	1049832471						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
4	KIMBERLY SOFIA BABILONIA AVILES	1030710069						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
5	WILFRAN MORALES BOLIVAR	1201276228						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
6	MAURIVEL BILLALOBOS	64222275																							
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

LUZ E.S.A.S

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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

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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	JHON MANUEL PEREZ PINEDA	1049832819					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	JOEL JOSE ZABALETA YANCES	1049832624					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	JOSE DAVID SALCEDO ESTRADA	1049832620					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	JOSE GABRIEL BATISTA AURELA	1049832665					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	LEIDALIS CASTILLO ESPITIA	1051895406					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	LIAM DAVID NARVAEZ FUENTES	1201287248					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	LUIS FERNANDO CARDALES MONCARIS	1049832799					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	LUZ DAYANA MACHACON TORRES	1049832800					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	RODRIGO CONEO AYOLA	1051895628					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	ROSALIA MEZA AVILA	1051895312					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	SAMUEL DAVID ALCAZAR AVILA	1049832806					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	SANTIAGO ACEVEDO ORTEGA	1049832858					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	SARA SOFIA GRAU HERRERA	1049832737					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	SARA SOFIA VASQUEZ GARZON	1049832788																						
15	Holderick Yances Salcedo																							
16																								
17																								

Martha Machacon 33026572
Yoel Yances 1049832624
Jose Salcedo 1051895406
Carolina AG 23114980
Jhon Castillo 1051894889
Diego Monin 1049832799
Wendy Cortes 1005143580
Ying Peña 1066315147
Valeriy Coneo 1047842256
Jose David H. 1049832620
Doris Duque 1.049.832.806
Doris Ortega 1049809708
Maria 1049809708
Martinez 1049809708
Acevedo 1049823577

GLORIS 1 A 2

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION 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:__OCTUBRE__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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
				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	ELIANETH SOFIA AVILA TRONCONIS	1049832377					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Sirley Troconis	1049824559	Sirley
2	ELIANIS ANDREA CABARCAS MORALES	1049832340					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Retirado	Retirado	Retirado
3	KEIBER JESUS ALTAMAR AVILA	1049832078					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Noraima	33025707	Noraima
4	OMAR YESID MARRUGO TRONCONIS	10409832565					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Andris Troconis	1049824565	Andris
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

GLORIS 3 A 5

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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

1.MO13.PP	29/03/2019
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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	LEONEL JOSE AYOLA ESCORCIA	1049832770					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Luis Bolivar	1002316475	Luis Bolivar
2	LUIS EDUARDO ALTAMAR AYOLA	1049832705					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Leidis Ayola	1002315820	Leidis Ayola
3	MARIELYS SOFIA ACEVEDO ROCHA	1051895325					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Retirado	Retirado	Retirado
4	MARLEIDYS CARRILLO TORREGLOZA	1049832643					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Carolay torregl	1002315528	Carolay
5	MATHIAS MANUEL DE LA HOZ CARDOZA	1142954494					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Cerrna cardo	1155401	Cerrna
6	MIGUEL ANGEL PALACIO AYOLA	1049832754					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Leidis Ayola	1002315820	Leidis Ayola
7	SHAIRA ALEJANDRA BARRIOS OROZCO	1051895496					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Marisol Ramos	1004378427	marisol
8	THIAGO DE JESUS RUIZ HERRERA	1049832722					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Leinys Herrera	1049831	Leinys Herrera
9	WILL STEVEN MARRUGO DE AVILA	1049832650					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Mainyo	1049824765	Maria
10	ZAIRA ALEJANDRA PACHECO MORALES	1051895459					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Marlon Eadu	1049931026	Marlon P.
11	Abigail Almanza	1001897941																					Abigail Pinal	1001897941	Abigail P.
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

ELCY LA 2

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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

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:__OCTUBRE__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	DANNA SOFIA VALERIO SOLANO	1049832518					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Marcelis Valencia	1002316712	MARCELIS V
2	ERICK DE JESUS RAMIREZ CORREA	1049832349					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Elis Ramirez	1049885582	E. R.
3	MANUEL JOSE ROMERO TORRENEGRA	1050008477					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Arbey Romero	1050004966	A. de A
4	SARA SOFIA MANJARRES DE LA CRUZ	1012471669					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Cenaida Munoz	33026688	Cenaida
5	ELIF FERNANDA SALAS ALTAMAR	1049832171					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Eliana Altamar	1.148142024	Eliana A
6	TAMMY SOFIA SIERRA OROZCO	1049832197																				Angela A	7002 375.339	Angela A.
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

ELCY 3 A 5

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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

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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	SARA EUGENIA CORTINA PUERTA	1049829866		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Sara Cortina	1049829866	Sara Cp.
2	CARLOS JOSE MARIN RODELO	1013382036		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Diego maria	1047547776	~~Diego~~
3	DEVIS PAOLA BARRIOS LIÑAN	1002316679		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Devis P. M. V	1057730792	Devis P.
4	MARIAINEL DEL CARMEN CORTINA CONEO	1002316028		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Mariaineldelcarmencortinaconeo	53025381	Mariaineldelcarmen
5	EILEEN SOFIA AYOLA MARTINEZ	1049826495		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Mariela07	33026899	Mariela07
6	MARIA FERNANDA AYOLA SUAREZ	1049824808		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Retirado	Retirado	Retirado
7	JEREMIAS OROZCO HERRERA	1049833082		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				XiomaraRuiz	1049825431	Clemencia
8	JULIAN ANDRES SUAREZ ROGER	1049833098		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Vanessa Roger	1049827373	Vanessa
9	JOHAN DAVID SUAREZ ARIZA	1137543558		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Juan Franks	1049830685	
10	YUNEIDIS MARIA SALCEDO RAMIREZ	1002316668		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Retirado	Retirado	
11	Keyman D. Cantillo Ayola	1049833119																					Wendis	33026899	Wendis
12	María Paula Ayola Salcedo	1049833139																					Yuneidis	1049827706	Yuneidis
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

GLORIS GESTANTE

Observaciones: _____

Firma: _____

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

FORMATO DE 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: OCTUBRE

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF 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°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	N° 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	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ALEXANYS SIMANCA PEREIRA	1051895387				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rosa Pereira	1007576976	Rosa Pereira
2	ALI MAURICIO GOMEZ SALCEDO	1051895385				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Hellcs nuñez	1049885734	Hellcs.
3	ANDRES FELIPE CASTAÑO CORREA	1049832763				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Luz Helena Correa	1003660572	Luz Correa
4	BRIANA LUCIA FUENTES SALCEDO	1049832857				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Analucia Acevedo	1049826666	Analucia A
5	CRISTIAN DAVID ORTEGA SALCEDO	1142954667				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yuly Sayarito	1001893728	Yuly
6	DAILER JOSE OROZCO MENDOZA	1049832589				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Eduard Mendoza	1052730971	Eduard
7	DAIMER GABRIEL CONEO MARRUGO	1051895569				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Diana Marrugo	1044824051	Diana
8	DAMIAN RAFAEL MADERA BERRIO	1049832741				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yesenia Mo De	1002316490	Yesenia
9	ELIAN DAVID CRUZ BENITEZ	1049832765				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Brayan Junco	1002375478	Brayan J
10	ELIANIS SOFIA MONSALVE DIAZ	1051895023				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Sindy Diaz	1143382498	Sindy
11	EMANUEL LIÑAN DE LA HOZ	1051894710				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Luis Liñan	8980925	Luis Liñan
12	EZELL DAVID YANCES CORREA	1051895426				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Luz Stephanie	1049824144	Luz Stepha
13	FATIMA ANDREA SOLANO SANTOS	1051895679				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Linda Fuentes	1049838984	Linda
14	FREIDER DAVID MORALES CASTRO	1049832750				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Katy Castro	1049838984	Katy
15	GABRIELA LUCIA CABARCAS FUENTES	1049832684				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yanelys Fuentes	1002315436	Yanelys
16	HEYLIN SOFIA MIRANDA JULIO	1043034328				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Raul Miranda	8.527377	Raul M
17	ISABELLA ACEVEDO RAMOS	1049832833				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Isabel Peñaranda	22.025244	Isabel

GLORIS 1 A 2

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

Luz E

BIENESTAR FAMILIAR

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

FT-MISIONAL-PP
Versión: 3
Confidencialidad de la información: Pública

20/03/2019
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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 PERÍODO 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 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	ANA ISABEL TRUJILLO GAVIRIA	1137527891		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Retirado	Retirado	Retirado
2	GENESIS FUENTES BLANCO	1049833070		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Argenis B B	1002347342	Argenis B.
3	DANIELA HERRERA AYOLA	1002316186		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				x Daniela H	1002316186	Daniela
4	KATIA MARGARITA BARRIOS VASQUEZ	1049828562		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Cecilia Blanco	1049830342	Anabar
5	JIMENA PAOLA BOLIVAR GELIS	1143349818		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Jimena B	1143349818	Jimena
6	LUIS ANDRES HOYOS ESMERAL	1049833080		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yesenia Acero	1049826886	Yesenia
7	LUIS FELIPE GUARDO BLANCO	1049833094		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Betty Arias	1049825546	
8	VIVIANIS YAREH AYOLA MENDOZA	1049833084		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Emerson Mujica	1049823859	
9	Kayloris Trujillo Gaviria	1049833119																					Ana Isabel	1137527891	Ana
10	maurivel villabbos																								
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

LUZ E. GESTANTE

Observaciones:

Firma:_____

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-GDO-PP
Versión 3
Clasificación de la información: Pública
23/01/2019
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:_OCTUBRE__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAB¿VO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	ARIATNY SANDOVAL HERRERA	1049832872			X			500	1000				825	1000		500						Luis david Lopez Taborda	1.049.826.798	Luis
2	ARAN ANDRES JIMENEZ PALACIOS	1049832900			X			500	1000				825	1000		500						Cristina Correa	1049824902	cristina c
3	KARIN JULIET ARANGO CONEO	1049833035			X			500	1000				825	1000		500						Carlos S	1039878	Carlos
4	DILAN ANDRES SANCHEZ TAMARA	1049832973			X			500	1000				825	1000		500						Eilym Lara	1002315727	Eilym
5	EIMY CHANEL PEREZ LARA	1049832898			X			500	1000				825	1000		500						Jiney B.	1002315698	Jiney B.
6	IAN JOSE VILLAREAL BARRIOS	1049833003			X			500	1000				825	1000		500						Dosa C.	1002776375	Dosa C.
7	NELLY MAR SERPA CORREA	1049833029																						
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

LUZ E. 6 A 11

Observaciones:

Firma:_____
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

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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	ALANNA SOPHIA PAJARO TRUJILLO	1051895498					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	ARIANGELIS SOFIA ZABALETA OSPINO	1051895542					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	BIANIS SOFIA MISAC MORENO	1050980212					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	BREIÑER DAVID GOMEZ PORTO	1238347180					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	CRISTHIAN ANDRES RINCON ALTAMAR	1051895486					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	DANIELA SAMANTHA PARRA RINCON	7347327					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	DAVIANA SOFIA ALTAMAR CORREA	1049832709					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	DAVID ALEJANDRO MENDOZA ANGULO	1049832934					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	DEIDANYS CONEO MENDOZA	1049832794					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	ELIZABETH VILLAREAL BARRIOS	1049832612					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	ENER LUIS MONTALVAN REBOLLEDO	1049832793					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	ETHAN DAVID GRAU CONEO	1051895302					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	FRANK MATHIAS MARRUGO BARBOZA	1049832563					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	FRANYELIS MARIA AYOLA DIAZ	1049832678					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	GENESIS VALENTINA AYOLA ORTEGA	1049832758					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	GLEIMAR SARMIENTO JIMENEZ	1049832556					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	ISABELLA SOFIA CORONEL ALCAZAR	1051895200																						

Observaciones:

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma: _____
Nombre legible de quien entrega:

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

LUZ E. 1 A 2

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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	JEAN PIERE SARMIENTO MORALES	1049832725	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
2	JUAN DAVID IMITOLA VANEGA	1240493895	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
3	JULIETA MANJARREZ PORTO	1049832625	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
4	KEILER JUNIOR SALCEDO PEREZ	1051894984	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
5	KEIVER ANDRES MORALES LOPEZ	1051895310	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
6	KELLYS JOHANA LIÑAN MANJARREZ	1143420955	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
7	KINVERLIS PAOLA ALTAMAR ORTIZ	1049832690	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
8	LUIS ANGEL PALOMINO SALCEDO	1051895226	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
9	LUIS EDUARDO RAMOS SIMANCAS	1051895629	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
10	MATIAS DE JESUS TORREGLOZA BARRIOS	1049832710	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
11	WENDY JULIANA JUNCO GAVIRIA	1049832578	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
12	XIANNA MAR MARIN PEREZ	1051895669	1/09/2023			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
13	YONELIS MARIA MORELOS ESCOBAR	1049832968	1/09/2023																						
14	Gian Acevedo	1049832804																							
15	Andrys Melgarejo M	1049833022																							
16	Cindy Patricia Alcazar	1002316671																							
17																									

Observaciones:

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

LUZ E. 1 A 2

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

F1.MO15.PP | 29/07/2019
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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA_____DIMF 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 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	JUAN ESTEBAN BORJA BERMUDEZ	1042597257				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
2	KEINER DAVID MARRIAGA MARQUEZ	1051895211				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
3	KLEIVER BAENA PALACIO	1051895982				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
4	LIAM JAVIER SERPA VICTOR	1051895351				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
5	LUIS SAMUEL CASTILLO SERPA	1051895616				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
6	LUIS CARLOS SALAS LOPEZ	1238346783				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
7	MARIO JOSE GAVIRIA CANTILLO	1049832703				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
8	MELANY SOFIA BATISTA BATISTA	1049832807				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
9	MELANYS SARMIENTO BELEÑO	1049832676				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
10	NEIFER TORREGLOSA ARROYO	1063062272				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
11	BRYAN DAVID ALFARO BABILONIA	1030713166				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
12	RODRIGO JAVIER OLIVARES HERNANDEZ	1051895522				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500							
13	SAID DAVID LARA CERA	1051895079																							
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

GISELLA 1 A 2

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

F-IL-MO-11-PP | Versión 3 | Clasificación de la Información Pública | 30/09/2019 | 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:__OCTUBRE__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	ANDRES DAVID SALCEDO SUAREZ	1049832443					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			BERLIS	23737558	Berlis
2	ANGELES SOFIA HERRERA JULIO	1047518824					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Sandra M.	33.026.625	Sandra M.
3	DAIMARIS CHAILETH CANTILLO LARA	1049832419					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Leidy Pardo	1049824014	
4	DERICK LIAN SEQUERA MANJARREZ	1049832051					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Eliza Chico	33026416	Eliza
5	EMMA SOFIA ARNEDO CASTRO	1152947627					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yoiseth	1049582852	Yoiseth
6	MARIA CELESTE TORREGLOSA ARROYO	1049832975					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Stiffen Hunger	1049825201	
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

GISELLA 3 A 5

Observaciones: _____

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma: _____
Nombre legible de quien entrega:

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

Powered by CamScanner

Elcy Ayala. Eva Beltran

BIENESTAR FAMILIAR

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

FT.MIN1.FP | 29/03/2019
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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	ADRIANA PATRICIA ROBLES MORELO	1127580215		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Adriana Robles	1127580215	Adriana.
2	ANA MILENA AVILA GAVIRIA	1049829520		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Ana Milena	1049829520	Ana M.
3	LAURA VANESSA HERRERA OSPINO	1007130625		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Laura Herrera	Usuaria	Laura Herrera
4	ESTHER YULIETH ALVAREZ ORTIZ	1051891843		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Esther Alvarez	1051891843	ESTHER
5	JESSICA DEL CARMEN HERNANDEZ MORALES	1127621430		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Jessica Hernandez	1127621430	
6	MARIA ANGELICA OROZCO MENDOZA	1049829626		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Maria Angelica	1049829626	
7	EIKER JOSE MERCADO ZUÑIGA	1049833073		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Eiker Mercado	1.198.729.317	
8	ANYELA MARGARITA MENDOZA CASTILLO	1051891447		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Anyela Mendoza	1051891447	
9	YAMIR TORRES MORELO	5703220																					Yamir Torres	5703220	
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

ELCY GESTANTE

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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.GDO.FP
Versión 1

Clasificación de la Información
Pública

2025/2026
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:_OCTUBRE__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAB¿VO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	ALANNA JULIETA CONEO SALCEDO	1049833039			X			500	1000				825	1000		500								
2	GAEL YESID MUÑOZ CERPA	1051895767			X			500	1000				825	1000		500								
3	JHANA LUCIA CASTAÑO OROZCO	1049832881			X			500	1000				825	1000		500								
4	KIARA YULIETH SALCEDO BATISTA	1049832935			X			500	1000				825	1000		500								
5	SAUL XAVIER GRAU HERAZO	1049832882			X			500	1000				825	1000		500								
6	SHAIRA MILETH PALACIN SALCEDO	1049832980			X			500	1000				825	1000		500								
7	VIELKA PAOLA ZUÑIGA SALCEDO	1049832981			X			500	1000				825	1000		500								
8	YUSNEY MILAGROS ALTAMAR CERVANTES	1049832883			X			500	1000				825	1000		500								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Wilfredo Cardona 1051822498 Wilfredo
Juan Carlos Carpio 1002316350 Juan
Jhana Orozco 1049829616 JHANA
Karina Batista 1049828406 Karina
Kiara Herazo 1049829424 Kiara H
Juan Pernett 1043645430 Juan P.
Juan Fernando 1043645430 Juan P.
Keyla Cervantes 1049830796 Keyla C.

Observaciones:

ELCY 6 A11

Firma:_____

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	F1.MO13.PP	29/03/2019
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	ADRIANA LUCIA MACHACON RAMOS	1072678230				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					orlando macha	1049825131	orlando macha
2	ALEXANDRA SOFIA HERRERA JULIO	1049832704				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Estefania Salcedo	1002314945	Estefania
3	ANDRES FELIPE AYOLA ALCAZAR	1049832852				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rosa Alcazar		Rosa A
4	ANGEL DAVID VILLAMIL OROZCO	1049832808				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Alcazar	1049828738	maria del Swb
5	ANGELA LUCIA CERVANTES GAVIRIA	1051895394				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Sandy Palmar	2863208	-
6	KEILER DANIEL ZAMBRANO HERRERA	1049832656				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Keily Herrera	1002315345	Keily s.
7	BRITANY JOSE ORTEGA GODOY	1051895321				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Jose Ortega	1049828236	Jose Ortega
8	DANA PATRICIA ARNEDO CORTINA	1051895564				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Jorge Arnedo	1002390006	Jorge Arnedo
9	DELION JOSE SOLANO MANJAREZ	1051895099				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Kendy Solano	1049825863	Kendy Solano
10	EMMANUEL HERNANDEZ VILLALVA	1051894918				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Luz Villalva	1049828322	Luz elena villalva
11	GRISETH SOFIA GOMEZ FUENTES	1049832649				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yadelis Blanco	1047517258	Yadelis
12	IAN DAVID SUAREZ GODOY	1049832798				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Andres Robles	1049822417	Andres A.
13	JHOSADAD YEPES SALCEDO	1235051390				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Marcelina	45118475	Alma
14	JUAN JOSE POSSO ALTAMAR	1049832869				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Martha Altamar	1002314703	Martha A
15	KARLEIDYS SOFIA ARELLANO MELGAREJO	1049832708				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yeris M	1002314933	Yeris
16	KEILA SOFIA PEREZ SALCEDO	1049832652				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Estefania S	1002314945	Estefania
17	KEREN ISAMAR AYOLA LOPEZ	1051895408																					Norma Lopez	1045727208	Norma A.

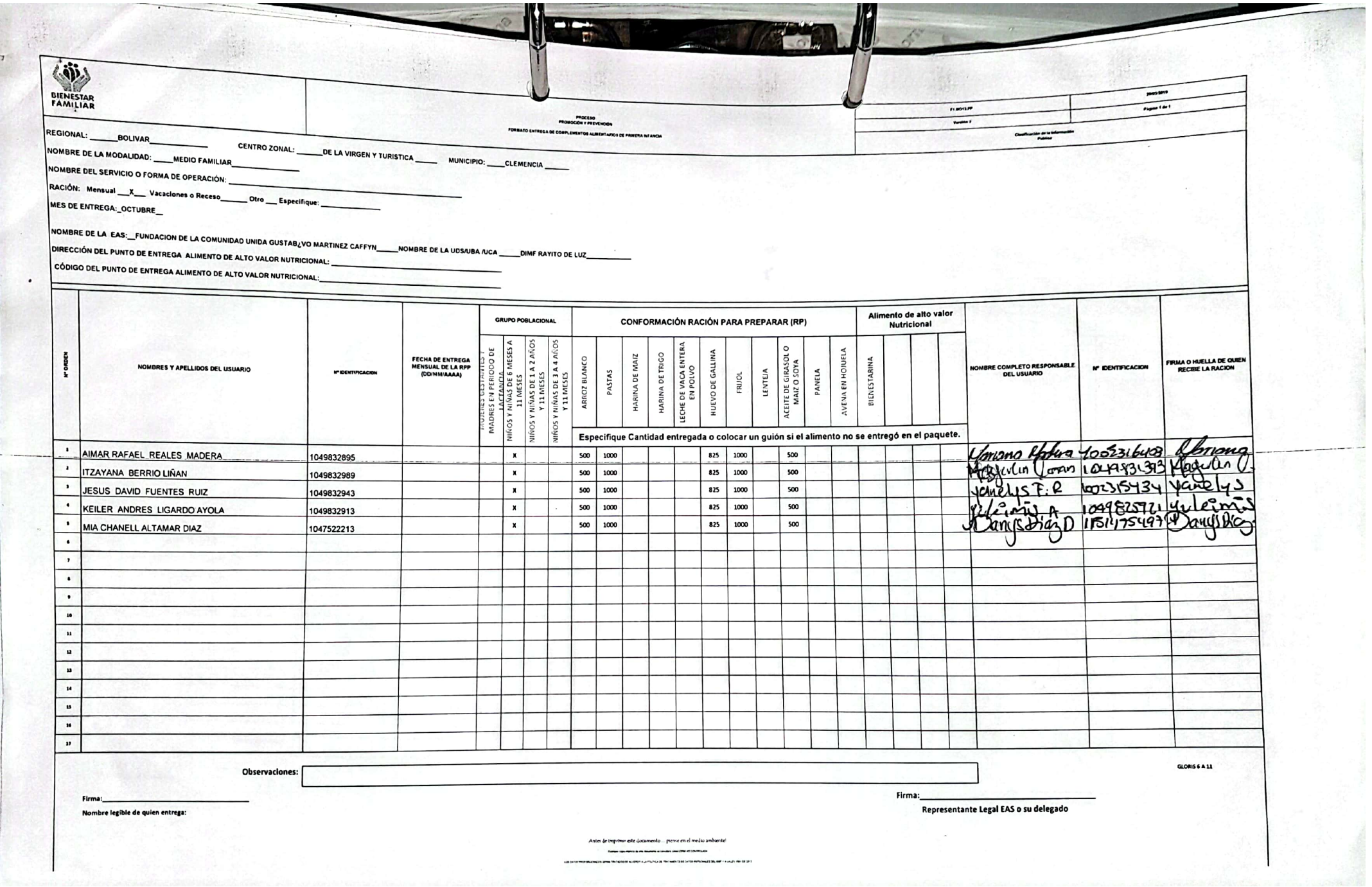
ELECT 1 A 2

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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



BIENESTAR FAMILIAR

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

FT.MO13.PP | 29/05/2019
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:_OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAB¿VO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	AIMAR RAFAEL REALES MADERA	1049832895			X			500	1000				825	1000		500						Yuriana Ardila	1005316403	Yuriana
2	ITZAYANA BERRIO LIÑAN	1049832989			X			500	1000				825	1000		500						Madeleine Lozano	1049831393	Madeleine
3	JESUS DAVID FUENTES RUIZ	1049832943			X			500	1000				825	1000		500						Yanelys F. R	1002315434	Yanelys
4	KEILER ANDRES LIGARDO AYOLA	1049832913			X			500	1000				825	1000		500						Yuleimis A	1049825921	Yuleimis
5	MIA CHANELL ALTAMAR DIAZ	1047522213			X			500	1000				825	1000		500						Dangis Diaz D	1151175499	Dangis Diaz
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

GLORIS 6 A 11

Firma:_____
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

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: _OCTUBRE__

NOMBRE DE LA EAS: __FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAB¿VO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	DEINER JOSE CASTELLAR GRAU	1049832963			x			500	1000				825	1000		500							Retirado	Retirado	Retirado
2	ALEXANYS EDERLYANIS PADILLA BARRIOS	1049832699			x			500	1000				825	1000		500							Enf. Barrios	6036448	Enf6.
3	ELIFELET MORALES HERNANDEZ	1049832940			x			500	1000				825	1000		500							Berenice morales	1049824880	Berenice
4	GUADALUPE ACEVEDO ACOSTA	1049832951			x			500	1000				825	1000		500							Yulissa Acosta	1193533891	yulissa
5	VALERIA SOFIA DE LAS AGUAS CASTILLO	1051895830			x			500	1000				825	1000		500							Yasneps castillo	1049830364	Yasneps
6	JOSUE DAVID CONEO SALCEDO	1049833015			x			500	1000				825	1000		500							Yarly Salcedo	1049831577	Yarly S.
7	SAMUEL ELIAS SALCEDO BARBOZA	1201290674			x			500	1000				825	1000		500							Yuri Salcedo	1049830215	Yuri S
8	MIGUEL ANGEL MORALES BOLIVAR	1051895892			x			500	1000				825	1000		500							Yonara Baliz	27751901	Yon
9	RONALD DAVID GONZALEZ PARADA	1049833038			x			500	1000				825	1000		500							JUAN6	1069487832	JUAN6
10	SALOME PAOLA PORTO RUIZ	1049832984			x			500	1000				825	1000		500							Mercedes ruiz	1049831327	Mercedes.
11	Joshua David Guardo Torres	1049832897			x																			Sindy Paola	1049484963	Sindy
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

NARLUY 6 A 11

Observaciones:

Firma: _____
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 MOVS PP	30/09/2019
Versión 9	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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	ALAN DAVID SIERRA HERRERA	1051895557				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	ANGEL JESUS BERDUGO CANTILLO	1051895605				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ANGEL DAVID MORALES RODRIGUEZ	1051895563				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	ANIBAL JOSE ESTIPITIA MIRANDA	1051895510				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	ANTONELLA GONZALEZ CAJAR	1051895250				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	DASTYN FUENTES MANJARREZ	1051895497				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	EDGAR JOSE PUELLO CABARCAS	1049832674				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	ELID ANGEL CASTILLO PEREZ	1048467254				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	EMHIR CASTILLO ZABALETA	1049832637				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	ESTHER JOHANA MENDOZA RIPOLL	1049832825				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	IRIS VALENTINA BUELVAS TABORDA	1049832740				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	JAIRO ANDRES BALLESTA PADILLA	1051895237				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	KAROLL MICHELL PARRA TORO	1049832729				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	KEILIANYS LARA CONEO	1051895331				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	KEINER ANDRES MARTINEZ SALGADO	1049832850				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	KEINIS SOFIA JULIO ESCORCIA	1051895594				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	LAUREN SOFIA HERNANDEZ ORTIZ	1049832803				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						

Yuimeris 1002315327 Yuimeris
Mayerlis Cp 1002315626 Mayerlis
Yarima 1173735477 Yarima
Yirina 1049826 Yirina
Yara B. 1043296095 Yara
Lucas Fuello 1002.30710 Lucas
Maira Alejandra 1048142675 Maira Puello
Yenifer Zabaleta 1049828422 Yenifer
Elisabeth Perez 26689377 Elisabeth P.
Renson MENDOZA 1037899984
ROSA MARIA 1047498157 Rosa
Yojaira Padilla 1051886412 Yojaira P.
Aurelis Toro Ortiz 1049830877 Aurelis
Carmen Tatis 33025449 Carmen
Sandra Salgado 1035152268 Sandra
Adrianis Escorcia 1002200479 Adrianis
Laura Hernandez 1007056916 Laura

Observaciones:

NARLY 1 A 2

Firma:_____
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
PROMOCION Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MSPS.PP	29/03/2018
Versión 1	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:_OCTUBRE__

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAB¿VO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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 DAVID SINISTERRA PINEDA	1049832954			X			500	1000				825	1000		500								
2	ALBER EDUARDO HERRERA CABRERA	1049833006			X			500	1000				825	1000		500								
3	BRIANA SOFIA BABILONIA RAMOS	1048473691			X			500	1000				825	1000		500								
4	CAMILO ANDRES PEREZ HERNANDEZ	1051895875			X			500	1000				825	1000		500								
5	GIANNA CAROLINA BERMUDEZ VILLAMIL	1049833043			X			500	1000				825	1000		500								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

GISELA 6 A 11

Observaciones: _____

Firma:_____

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

Nurley - Carmen Ayola

BIENESTAR FAMILIAR

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

F1.BFI13.PP | Página 1 de 1
Versión 3 | Clasificación de la información: Público

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: OCTUBRE

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIMF 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 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	YOMAIRA PEREZ BARRIOS	1002317124		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			Yomaira Pérez	1002317124	Yomaira P.
2	ZABDIEL DAVID GUERRERO CRIADO	1051895987		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			Jesus Guerrero	1051684671	Jesus G.
3	EMILIO DE JESUS ESPITIA IGLESIA	1049833077		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			Marlyn Criado	1100015181	Marlyn.
4	KIARA VALENTINA ORTEGA PINTO	1238349743		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			Maria Pinto	1007517236	Maria P.
5	EMILY ZABALETA ORTEGON	1049833050		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			Jesus Ortegon	1057290005	Jesus O.
6	YANEIDYS SOFIA ORTEGA MEZA	1049833069		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			Maria Jose	1049870172	Maria
7	ANA MILENA MARRIAGA PEREZ	1193319962		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			Ana Milena	1193319962	
8	VANESA VELASCO DE LA HOZ	1043655874		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			Vanessa	1043655874	Vanessa
9	YOSIMAR CONEO MARIN	1049827387																				Pedro Acuña	1237689.680	Pedro A.
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

GISELA GESTANTE

Observaciones:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

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.MOPS.FP
Versión 5

20/03/2020
Página 1 de 1

Clasificación de la información
Público

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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS: __FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	ABRIL SOFIA MONTANVAL OVIEDO	1051895492				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	ALAN DAVID CANTILLO GODOY	1049832716				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ANABEL MANJARREZ ARIZA	1051895393				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	JORGE EDUARDO MORALES URUETA	1201290574				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	ANDRES FELIPE GUARDO GRAU	1049832842				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	AXEL DAVID CARRIAZO FUENTES	1049832743				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	BLAIVER CORTINA JIMENEZ	1049832789				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	DAYLIANIS ANDREA CARRIAZO SUAREZ	1049832771				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	DEIMAR JULIAN ACEVEDO CORTINA	1049832681				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	DEIVIS LUIS YEPEZ PEREZ	1051895511				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	EDIERLIS SOFIA VILLAMIL VILLARTE	1051895045				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	ELISS ELENA JULIO VEGA	1049832755				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	EVER LUIS GAVIRIA ROA	1051895465				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	HIAN JOSE SUAREZ CASTAÑO	1051895254				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	JAIR DAVID MORALES AVILA	1049832479				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	YEAN JOSE ALTAMAR RUIZ	1012473080				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	JHON FREDYS HERRERA VEGA	1051895436																						

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

GISELLA 1 A 2

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

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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 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	LIAM ELOY JUNCO CARABALLO	1051895582				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	LUIS ALEJANDRO LOPEZ CORREA	1049832655				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	MARCOS JOSE OVIEDO ZAMBRANO	1049832495				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	ORLANDO NOEL AYOLA	1051895571				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	RICARDO TOMAS SALCEDO NAVAS	1051895314				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	SAHORY SOFIA AYOLA GOMEZ	1049832844				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	SARAIMI ESTER LARA CORTINA	1051895462				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	SKARLY MARIA CABARCAS VICTOR	1051895323				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	YARILUZ CASTILLO PUERTA	1049832866				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	YEIITH BRAND BELLIDO COAVAS	1051895505				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	YEIKARIS SOFIA ROMERO PRIETO	1049832880																						
12	NAYELIS SEGUNDO ARCUZO	1002315394																						
13	Aurelis del Carmen Toro ortega	1049830872																						
14																								
15																								
16																								
17																								

Juana Caraballo 1002316418 Juana.
Yuliana Zambrano 1005B369
Ivan Ayola M 1051884141 Ivan
Rubelis Navas 5122254 Rubelis Navas
Yolis Gómez 123508980 Yolis
Sara cortinal 1049829866 Sara cp
Marielvis Vicp. P 1049831076 Marielvis
Yaniris P. M 1002316064 Yaniris P.
Ruben Bellido 1002314794
Yeiris Romero 1007368239
Nayelis Segundo 1002315394 Nayelis
Aurelis Toro Ort 1049830872 Aurelis

NARLY 1 A 2

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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-IP01.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:__OCTUBRE_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF 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 DEL RESPONSABLE 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	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	BRIYITH PAOLA PEREZ MEZA	1002257504		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Briyith	1002257504	Briyith
2	YOLEIDYS PATRICIA PUELLO OROZCO	1002316856		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yoleidys	1002316856	Yoleidys
3	VERONICA ANDREA AGUILAR MEDRANO	1101877000		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Veronica Aguilar	1101877000	Veronica A
4	KEITY LUCIA NISPERUZA LOPEZ	1002492788		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Keity Lopez	1002492788	Keity
5	KELLY JOHANA ACEVEDO URUETA	1002315202		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Angie Feria	1005490611	Kelly
6	YASSIR JULIAN GRAU CARRIAZO	1049833045		x				1500	1530	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yassir	1049833045	Yassir
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

NARLY GESTANTE

Observaciones:-

Firma:_____

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