last/last

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO12.PP	28/03/2019
		Versión 3	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:__JUNIO_

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					
2	ALANNA JULIETA CONEO SALCEDO	1049833039		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
3	ANA MILENA AVILA GAVIRIA	1049829520		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
4	ESTHER YULIETH ALVAREZ ORTIZ	1051891843		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
5	GAEL YESID MUÑOZ CERPA	1051895767		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
6	MARIA ANGELICA OROZCO MENDOZA	1049829626		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
7	MURIEL ZUÑIGA RIOS	1047414616		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
8	SHIARA MILETH PALACIN SALCEDO	1049832980		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
9	VIELKA PAOLA ZUÑIGA SALCEDO	1049832981		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
10	YAMIR TORRES MORELO	5703220		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

ELCY 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!

GA11

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCION FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.M013.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: _JUNIO__

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	ANDRES FELIPE AYOLA ALCAZAR	1049832852			X			500	1000				825	1000		500								
2	JHANA LUCIA CASTAÑO OROZCO	1049832881			X			500	1000				825	1000		500								
3	JUAN JOSE POSSO ALTAMAR	1049832869			X			500	1000				825	1000		500								
4	KIARA YULIETH SALCEDO BATISTA	1049832935			X			500	1000				825	1000		500								
5	LUIS JHONAIKER TORREGLOZA GONZALES	1049832811			X			500	1000				825	1000		500								
6	SAUL XAVIER GRAU HERAZO	1049832882			X			500	1000				825	1000		500								
7	YUSNEY MILAGROS ALTAMAR CERVANTES	1049832883			X			500	1000				825	1000		500								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

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!

6 a

1A2

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FLM013.PP	29/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Publica	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: __JUNIO_

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 Machado	1049825151	.Ol/a/06
2	ALEXANDRA SOFIA HERRERA JULIO	1049832704				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Nellys Acuña	45.79236	Nellis
3	ANGEL DAVID VILLAMIL OROZCO	1049832808				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maribel Orozco	1049818238	M9.6.06
4	ANGELA LUCIA CERVANTES GAVIRIA	1051895394				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yhandith Cervantes	1042614784	Yhandith.
5	ARIANA LUCIA MORALES PEÑA	1049832574				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Artur Morales	1049826	
6	BRITANY JOSE ORTEGA GODOY	1051895321				X		500	1000	500	—	900	1650	1000		500		500					Berenice Godoy	1049826	Berenice
7	DANA PATRICIA ARNEDO CORTINA	1051895564				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Geraldin Cortina	1049825138	Geraldine
8	DELION JOSE SOLANO MANJAREZ	1051895099				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yulrama Solano	1002	
9	EMMANUEL HERNANDEZ VILLALVA	1051894918				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Luz villalba	1049826	
10	GRISETH SOFIA GOMEZ FUENTES	1049832649				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yondelis Vargas	1047	Yondelis
11	IAN DAVID SUAREZ GODOY	1049832798				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Leonela Suarez	1002316	Estefania
12	JHOSADAD YÉPES SALCEDO	1235051390				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maricela Anaya	45484	Yuri Liza
13	KARLEIDYS SOFIA ARELLANO MELGAREJO	1049832708				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yens Arellano	1002316	Yeris
14	KEILA SOFIA PEREZ SALCEDO	1049832652				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Keila Perez	1018	-Yeris
15	KEREN ISAMAR AYOLA LOPEZ	1051895408				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Norma Ayola	1045	Norma A
16	LEONEL JOSE AYOLA ESCORCIA	1049832770				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Norelis Escorcia	1049	Norelis
17	LUIS EDUARDO ALTAMAR AYOLA	1049832705				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Leidis Ayola	1002	Luis Ayola

Observaciones:

ELCY 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!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.M01.P.P	29/03/2019
		Versión 3	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:__JUNIO_

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	MANUEL JOSE ROMERO TORRENEGRA	1050008477				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rosa Ana Herrera	1049837892	
2	MARIELYS SOFIA ACEVEDO ROCHA	1051895325				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Emilce Rocha	23056788	
3	MARLEIDYS CARRILLO TORREGLOZA	1049832643				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Carola	1002315	
4	MATHIAS MANUEL DE LA HOZ CARDOZA	1142954494				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Serena cardoza	5155401	
5	MIGUEL ANGEL PALACIO AYOLA	1049832754				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yuraira Ayola	1049574	
6	NERIS ISABELL GONZALES DE LAS AGUAS	1049832680				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yhendy Delgado	1049	
7	SHAIRA ALEJANDRA BARRIOS OROZCO	1051895496				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Dayana Barros	1080	
8	SHARITH SOFIA GAVIRIA SALCEDO	1049832760				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maylis Gaviria	1049	
9	THIAGO DE JESUS RUIZ HERRERA	1049832722				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yeinis Herrera	1049	
10	WILL STEVEN MARRUGO DE AVILA	1049832650				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Marrugo	1049	
11	ZAIRA ALEJANDRA PACHECO MORALES	1051895459				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Keidis Salcedo	1002315	
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

ELCY 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!

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

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

BAS

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.MO13.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:__JUNIO__

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			Mardis Valer	1002316712	MARDIS
2	EMANUEL-ISAIAS CAMARGO PEREZ	0					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yesenia perez	33025247	
3	ERICK DE JESUS RAMIREZ CORREA	1049832349					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Elsa Ramirez	7748494	
4	SARA SOFIA MANJARRES DE LA CRUZ	1012471669					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Cenaida Manjar	33026922	
5	TAMMY SOFIA SIERRA OROZCO	1049832197					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Deisy orozco	33025448	
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

ELCY 3 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!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FT.MO13.F.P	29/03/2019
		Version 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: _JUNIO_

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 PESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA PACION
				MADRES 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	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ALBER EDUARDO HERRERA CABRERA	1049833006		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
2	CAMILO ANDRES PEREZ HERNANDEZ	1051895375		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
3	ERLIS DEL CARMEN CRIADO RUENES	1002316754		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
4	EVELIN IGLESIA HERRERA	33026596		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
5	GIANNA CAROLINA BERMUDEZ VILLAMIL	1049833043		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
6	KIARA VALENTINA ORTEGA PINTO	1238349743		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
7	EMILY ZABALETA ORTEGON	1049833050		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
8	MARIA JOSE MEZA MENDOZA	1049827012		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
9	VANESA VELASCO DE LA HOZ	1043655874		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
10	YOSIMAR CONEO MARIN	1049827387		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma: Gisela Ballesteros

Nombre legible de quien entrega: GISELLA GESTANTE

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.MO18.FP	23-05-2016
		Versión 0	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___ Vacacional o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: JUNIO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DNF 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	SEMOLA DE ARROZ						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ADRIAN DAVID SINISTERRA PINEDA	1049832954			X			300	1000				825	1000		500							Adriana Pardo	1049824123	Adriana
2	ANDRES FELIPE GUARDO GRAU	1049832842			X			300	1000				825	1000		500							Sajay Guardo	1049826683	Sajay
3	BRIANA SOFIA BABILONIA RAMOS	1048473691			X			300	1000				825	1000		500							Daniela Ramos	1002248068	Daniela
4	LUIS SAMUEL CASTILLO SERPA	1051895618			X			300	1000				825	1000		500							Nohelys Serpa	1002317418	Nohelys
5	MELANY SOFIA BATISTA BATISTA	1049832807			X			300	1000				825	1000		500							Sheyla Batista	1002316778	Sheyla
6	YOMAIRA PEREZ BARRIOS	1002317124			X			300	1000				825	1000		500							Yomaira Perez	1002317124	Yomaira
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

GLORIS B.A 11

Firma: Gisela Bolaños

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO11.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: __JUNIO_

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	KEINER DAVID MARRIAGA MARQUEZ	1051895211				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	KLEIVER BAENA PALACIO	1051895982				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	LIAM JAVIER SERPA VICTOR	1051895351				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	LUIS CARLOS SALAS LOPEZ	1238346783				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	MARIO JOSE GAVIRIA CANTILLO	1049832703				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	MELANYS SARMIENTO BELEÑO	1049832676				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	NEIFER TORREGLOSA ARROYO	163062272				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	NELIS SOFIA RUIZ HERNANDEZ	1051895509				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	RODRIGO JAVIER OLIVARES HERNANDEZ	1051895522				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	SAID DAVID LARA CERA	1051895079				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	SHEILYS SUAREZ SUAREZ	1051894965				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Gisela Bacchus

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

OSELLA 1 A 2

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

Puede copiar, reproducir, distribuir, exhibir, modificar y crear obras derivadas, siempre y cuando cite la fuente y otorgue crédito al autor original, no lo utilice para fines comerciales y comparta cualquier obra derivada bajo los mismos términos de esta licencia.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FLM065.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:__JUNIO_

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	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	ANDRES CAMILO REBOLLEDO PEREZ	1049832699				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	AXEL DAVID CARRIAZO FUENTES	1049832743				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	BLAIVER CORTINA JIMENEZ	1049832789				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	DAYLIANIS ANDREA CARRIAZO SUAREZ	1049832771				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	DEIMAR JULIAN ACEVEDO CORTINA	1049832681				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	DEIVIS LUIS YEPEZ PEREZ	1051895511				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	EDIERLIS SOFIA VILLAMIL VILLARTE	1051895045				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	ELISS ELENA JULIO VEGA	1049832755				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	EVER LUIS GAVIRIA ROA	1051895465				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	HIAN JOSE SUAREZ CASTAÑO	1051895254				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	JAIR DAVID MORALES AVILA	1049832479				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	YEAN JOSE ALTAMAR RUIZ	1012473080				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	JHON FREDYS HERRERA VEGA	1051895436				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	JUAN ESTEBAN BORJA BERMUDEZ	1042597257				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						

Observaciones:

Firma: Gisela. Beelbot.

Nombre legible de quien entrega:

GISELLA 1 A 2

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.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: _JUNIO__

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	ANDRES DAVID SUAREZ DIAZ	1049832443					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Maricla Si	1002316043	Maricla
2	ANGELES SOFIA HERRERA JULIO	1047518824					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			xSandra Mira	33026625	Sandra M
3	DAIMARIS CHAILETH CANTILLO LARA	1049832419					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Leidis P	1049824014	
4	DERICK LIAN SEQUERA MANJARREZ	1049832051					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			xSabina Chica	33025760	Sabina
5	EMMA SOFIA ARNEDO CASTRO	1152947627					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Eder Rodrigue	1049832573	Eder Rodrigue
6	MARIA CELESTE TORREGLOSA ARROYO	1049832975					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				1049832021	
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

GISELLA 3 A 5

Firma: Giselle Beckett

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

Clem

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

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____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:__JUNIO_

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	ADHARA VICTORIA JULIO CASERES	1049833031		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yorlendis Julio	33.076.788	Yorlendis Julio
2	ANABEL RODELO BARRIOS	1049827632		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Daniel Sanchez	78007[illegible]	Daniel
3	EILEEN SOFIA AYOLA MARTINEZ	1049826495		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Eileen	1049826495	Eileen
4	ITZAYANA BERRIO LIÑAN	1049832989		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Mayerin L.	1049833973	Mayerin L.
5	JESUS DAVID FUENTES RUIZ	1049832943		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yanelys Fr.	1002316434	Yanelys
6	MARIA FERNANDA AYOLA SUAREZ	1049824808		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Wendis	3302660	Wendis
7	ROSA ELENA HERRERA BATISTA	23139639		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Claudia Rosa	1049825431	Claudia Rosa
8	VANESSA ROGER MONTALBAN	1049827573		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Vanessa R.	1049827573	Vanessa Roger.
9	YUNEIDIS MARIA SALCEDO RAMIREZ	1002316668		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yuneidis.	1002316668	Yuneidis.
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

GLORIS GESTANTE

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F.1.BIOSLPP	29/02/2019
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 Otra Especifique:

MES DE ENTREGA: JUNIO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAPPYS NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DMF 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 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	RE VESTARINA						
				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								
2	BRIANA LUCIA ACEVEDO SALCEDO	1049832857			X			500	1000				825	1000		500								
3	JHON MANUEL PÈREZ PINEDA	1049832819			X			500	1000				825	1000		500								
4	KEILER ANDRES LIGARDO AYOLA	1049832913			X			500	1000				825	1000		500								
5	RODRIGO CONEO AYOLA	1051895628			X			500	1000				825	1000		500								
6	SANTIAGO ACEVEDO ORTEGA	1049832858			X			500	1000				825	1000		500								
7	SARA SOFIA VASQUEZ GARZON	1049832788			X			500	1000				825	1000		500								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

HUELLA ÍNDICE

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR

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

FI.SO13.FP	25/03/2019
Versión 1	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:__JUNIO_

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	ALEXANYS SIMANCA PEREIRA	1051895387					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	ALI MAURICIO GOMEZ SALCEDO	1051895385					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ANDRES FELIPE CASTAÑO CORREA	1049832763					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	CALEB DE JESUS NIETO JIMENEZ	1049832688					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	CRISTIAN DAVID ORTEGA SALCEDO	1142954667					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	DAILER JOSE OROZCO MENDOZA	1049832589					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	DAIMER GABRIEL CONEO MARRUGO	1051895569					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	DAMIAN RAFAEL MADERA BERRIO	1049832741					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	ELIAN DAVID CRUZ BENITEZ	1049832765					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	ELIANIS SOFIA MONSALVE DIAZ	1051895023					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	EMANUEL LIÑAN DE LA HOZ	1051894710					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	EZELL DAVID YANCES CORREA	1051895426					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	FATIMA ANDREA SOLANO SANTOS	1051895679					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	FREIDER DAVID MORALES CASTRO	1049832759					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	GABRIELA LUCIA CABARCAS FUENTES	1049832684					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	HEYLIN SOFIA MIRANDA JULIO	1043034328					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	ISABELLA ACEVEDO RAMOS	1049832833					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						

Observaciones:

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

GLORIS 1 A 2

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.M013.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: __JUNIO_

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	JOEL JOSE ZABALETA YANCES	1049832624				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Hortencia	1049832624	Hortencia
2	JOSE DAVID SALCEDO ESTRADA	1049832620				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Linelda Salcedo	1002231511	Linelda
3	JOSE GABRIEL BATISTA AURELA	1049832665				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Gyanin Batista	2314128	
4	LEIDALIS CASTILLO ESPITIA	1051895406				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yanin Esp. Jiab	1049834718	Yanin
5	LIAM DAVID NARVAEZ FUENTES	1201287248				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Daniela Sanchez	78007511	Daniela
6	LUIS FERNANDO CARDALES MONCARIS	1049832799				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Evaris Cardales	1049848	Evaris
7	LUZ DAYANA MACHACON TORRES	1049832800				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Michelle Tormo	1002315316	Michelle
8	ROSALIA MEZA AVILA	1051895312				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yurbenis M.	1002353	Yurbenis
9	SAMUEL DAVID ALCAZAR AVILA	1049832806				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Sandra Avila	1049826	Sandra
10	SARA SOFIA GRAU HERRERA	1049832737				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Grau	1007526881	Maria
11	YOCELIS ANDREA RUIZ MARRIAGA	1049832711				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Karen M	1049827105	Karen
12	MIA CHANELL ALTAMAR DIAZ	1047522213				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Damys Diaz	1131475497	Damys
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

GLORIS 1 A 1

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este Documento piense en el medio ambiente!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.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:__JUNIO__

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	ANGEL GABRIEL ALCAZAR AVILA	1051894738					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Sandra Milena Silva Polo	1049826595	
2	ELIANETH SOFIA AVILA TROCONIS	1049832377					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Veruska M.	1049826555	
3	ELIANIS ANDREA CABARCAS MORALES	1049832340					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Noraima A	1047514619	
4	KEIBER JESUS ALTAMAR AVILA	1049832078					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Andres J T	33025707	
5	OMAR YESID MARRUGO TROCONIS	10409832565					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			—	1049824365	
6	EMANUEL LIÑAN DE LA HOZ	1051894710					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			—	—	
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
13																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

GLORIS 3 A 5

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Yudis

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FT.MO13.PP	29/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Publica	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: __JUNIO_

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	ALANYS NEYLETH GRAU PARDO	1049832971		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Mileydis	1051691	Alleydis.
2	DANIS CAROLINA SALCEDO ALTAMAR	1049825782		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Danis S	1049825782	Danis S.
3	ESTHER MARIA MARRUGO AURELA	1050958421		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				William Angulo	1128052449	William
4	JAHZIEL DAVID VELASCO VICTOR	1049832947		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Mayuris Victor	1044849046	Mayuris V
5	KARIME SOFIA ROMERO PUERTA	1049832961		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Karime S P.	1002316328	Karime
6	LISNEY MARIA CANTILLO TORREGROZA	1002315851		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Cesar Luis	1002316851	Cesar
7	LUILLY KALETH PEREZ QUIROZ	1049833048		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Shirly Quiroz	1045683934	Shirly
8	MIA ZOE CARRIAZO SUAREZ	1049832956		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Jessica	1049826	Jessica
9	ROSA ELENA LIÑAN GUTIERREZ	1238340400		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Zuleima	1122730	Zuleima
10	YURANIS ACEVEDO MARTINEZ	1049824381		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yuranis Acevedo	1049824381	Yuranis
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

YUDIS GESTAZITE

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	PLMO13.PP	29/07/2019
		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: _JUNIO__

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	AARON ARMANDO MARQUEZ VILLANUEVA	1049832828			X			500	1000				825	1000		500							Angie Villanueva	1047483558	Angie
2	AILEN VIVIANA SUAREZ SOLANO	1049832817			X			500	1000				825	1000		500							Claudia S.	1049832817	claudia
3	AMELIA ESTHER PALOMINO COMEO	1049832861			X			500	1000				825	1000		500							Leonidas Conco	1005317343	Leonidas C. P
4	KILYAN DAVID ALCAZAR OROZCO	1049832878			X			500	1000				825	1000		500							Andrea Alcazar	1049324786	Andrea
5	MARILEYS SOFIA CASTRO RAMIREZ	1051895621			X			500	1000				625	1000		500							MariPaz	1051886(H)	Mari Paz
6	MILAN DE JESUS SERPA SERPA	1049832838			X			500	1000				825	1000		500							Yimerlis Serpa	1049925(H)	Yimerlis.
7	MOISES DAVID LOPEZ CONEO	1049832864			X			500	1000				825	1000		500							Daniela Coneo	1049574984	Daniela Coneo
8	THIAGO MANUEL MELGAREJO CASTRO	1120759037			X			500	1000				825	1000		500							Eva castro	19623?	Eva castro
9	YOMAIRA LUCIA CASTELLARES ORTIZ	1101214050			X			500	1000				825	1000		500							Yuiceth Ortiz	1049582852	Yuiceth
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

YUDIS 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!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.MO1.FPP	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:__JUNIO_

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 MAYORES 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	AILYS SOFIA GODOY BELEÑO	1051895272				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	ANYULIS SOFIA SALCEDO HERNANDEZ	1051895297				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ASLAN ALCAZAR MENDOZA	1049832739				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	BEXY LILIANA SUAREZ CASTILLO	1049832630				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	BRANYELIS GONZALEZ RUIZ	1051895590				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	CESAR RAFAEL CASTELLARES ORTIZ	1101213881				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	CHANIEL SMITH FONTALVO BARRIOS	1049832534				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	EMIR RUIZ GUARDO	1233521136				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	GABRIELA MORALES LOPEZ	1051895179				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	HANNA SOFIA VELASCO CASTAÑO	1051895263				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	JAMER JUNIOR SUAREZ MERCADO	1049832668				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	JANER DAVID VELASCO CASTAÑO	1051895264				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	JHON JADER SUAREZ OROZCO	1049832695				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	JILARIS SOFIA SUEVIS BALVI N	1044014270				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	JUAN DIEGO SUAREZ TORRES	1049832772				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	KIAN DAVID SALCEDO ALTAMAR	1051895261				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	KISHANYS IBETH MARTINEZ CANTILLO	1052741897				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						

Observaciones:

YUDIS 1 Q 2

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.3R013.FP	25/03/2019
		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:__JUNIO_

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	LUIS ANDRES FIGUEROA BLANCO	1049832582				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	LUIS SANTIAGO JINETE BATISTA	1049832632				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	MAITEHT SOFIA LEON TORREGLOSA	1049832693				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	MATHEO HERNANDEZ CERVANTES	1051895546				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	MILAN DAVID VELASQUEZ JULIO	1044942123				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	MONSERRATH SOFIA CORREA CONEO	1235051933				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	RAFAEL SANTOS DIAZ ORTEGA	1066191479				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	SHAMUEL NAHYS BARRIOS BATISTA	1049832891				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	YARA ISABEL VERGARA PAEZ	1124088988				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Rosa Blanco 1002197[illegible] Rosa

Cesar Luis 1002316[illegible] Cesar

Yura D,S 1002[illegible] Yura D,S

Sevita H,S 113[illegible] Sevita

Shamu Julio 1051[illegible] Shamu

Luisa Coneo 1044[illegible] Luisa

Candelaria 1002[illegible] Candela

Paula Barrios 30[illegible] Paula B.

Katerin Yaez 111[illegible] Katerin

Observaciones:

YUDIS L A Z

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.MO13.PP	26/02/2018
		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:__JUNIO__

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	DANIEL JESUS ALTAMAR CARABALLO	1201277876					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Kelis caraballo	1002317848	Kelis.
2	DAVIANIS ISABELLA RUIZ VIDAL	1049832148					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Dorly Rocio Ruiz Morales	3302595	Dorly.
3	EIMY YULIE OROZCO MARTINEZ	1152947566					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Luz Karime	1002315981	Luz Karime
4	LUCIANA SOFIA TORRES VICTOR	1049832240					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			maryuris	1137219058	maryuris
5	SULLYNIS DEL CARMEN VEGA AYOLA	1043329916					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Karina Bantaz	1049825386	Karina.
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

YUDIS 3 A 5

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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	29/03/2019
		Versión 3	Pagina 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:__JUNIO_

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	BRIYITH PAOLA PEREZ MEZA	1002257504		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Briyith	1002257504	Briyith
2	GUADALUPE ACEVEDO ACOSTA	1049832951		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yulissa A	1143533891	Yulissa
3	JOSUE DAVID CONEO SALCEDO	1049833015		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Wendy	1042831878	Wendy
4	KEITY LUCIA NISPERUZA LOPEZ	1002492788		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Keity	1002492788	Keity
5	KELLY JOHANA ACEVEDO URUETA	1002315202		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Kelly	1002315202	Kelly
6	MIGUEL ANGEL MORALES BOLIVAR	1051895892		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Miguel	1002751901	Miguel
7	RONALD DAVID GONZALEZ PARADA	1049833038		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Juancarlos	1064[illegible]87	Juancarlos
8	SALOME PAOLA PORTO RUIZ	1049832984		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Mercedes	1049831572	Mercedes
9	YASSIR JULIAN GRAU CARRIAZO	1049833045		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yassir	2313726	Yassir
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

NARLY GESTANTE

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PM015.FP	25/03/2019
		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: JUNIO__

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 gulón si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ALEXANYS EDERLYANIS PADILLA BARRIOS	1049832899			X			500	1000				825	1000		500								
2	ELIFELET MORALES HERNANDEZ	1049832940			X			500	1000				825	1000		500								
3	ESTHER JOHANA MENDOZA RIPOLL	1049832825			X			500	1000				825	1000		500								
4	KEINER ANDRES MARTINEZ SALGADO	1049832850			X			500	1000				825	1000		500								
5	KEINIS SOFIA JULIO ESCORCIA	1051895594			X			500	1000				825	1000		500								
6	SAHORY SOFIA AYOLA GOMEZ	1049832844			X			500	1000				825	1000		500								
7	YARILUZ CASTILLO PUERTA	1049832866			X			500	1000				825	1000		500								
8	YEIKARIS SOFIA ROMERO PRIETO	1049832980			X			500	1000				825	1000		500								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Eny Barrios 1063644[illegible] Eny B.
Berenice M 1.049821[illegible] Berenice.
[illegible] 1049832[illegible] [illegible]
Sandra S 103516[illegible] sandra
Adronis. EM 1002204[illegible] Adronis.
Valeria Pulgo 18336.[illegible] Valeria.
Sara Cortina 1049829[illegible] Sara C.D.
Yurleidis R 1007308[illegible] Yurleidis R

Observaciones:

NARUY 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!

[illegible]

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.IM013.FP	29/03/2019
		Versión 1	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:__JUNIO_

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	ADRIANIS PAOLA SALCEDO HERRERA	1201287533					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					brenda Herrera	1137721881	Brenda Herrera
2	ALAN DAVID SIERRA HERRERA	1051895557					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yelizeth Sierra	1049226	
3	ANGEL JESUS BERDUGO CANTILLO	1051895605					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Mayralis cantillo	1002315	Mayralis
4	ANGEL DAVID MORALES RODRIGUEZ	1051895563					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yaxmin	1137	Yaxmin
5	ANIBAL JOSE ESTIPITIA MIRANDA	1051895510					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yarina	1049	1049
6	ANTONELLA GONZALEZ CAJAR	1051895250					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yana G	1043	Yana
7	DASTYN FUENTES MANJARREZ	1051895497					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Lauren Manjarrez	1002	Lauren
8	DILAN JOSE BERDUGO GOMEZ	1049832712					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Daliana C	1002	Daliana
9	EDGAR JOSE PUELLO CABARCAS	1049832674					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Puello	1002	1043
10	EMHIR CASTILLO ZABALETA	1049832637					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yeiro Castillo	1002	Yeiro
11	HENYELIS SOFIA JIMENEZ FUENTES	1049832657					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yeiro	1051	Yeiro
12	IGNACIA CASTELLAR MARTINEZ	1051894813					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Edis castellar	1002	Edis C
13	IRIS VALENTINA BUELVAS TABORDA	1049832740					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rosa fubela	1052	Rosa fubela
14	JAIRO ANDRES BALLESTA PADILLA	1051895237					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yajaira padilla	1051886	Yajaira
15	JUAN DAVID GONZALEZ PARADA	1069511191					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Juancarlos	1002	Juancarlos
16	KAROLL MICHELL PARRA TORO	1049832729					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Aurelio Toro	1043	Aurelio
17	KEILIANYS LARA CONEO	1051895331					x	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Xcarmel Tc	3302	Xcarmel

NAYLY 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!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.MO13.FP	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:__JUNIO_

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 gulón si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	LAUREN SOFIA HERNANDEZ ORTIZ	1049832803				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	LIAM ELOY JUNCO CARABALLO	1051895582				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	LUIS ALEJANDRO LOPEZ CORREA	1049832655				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	SARAIMI ESTER LARA CORTINA	1051895462				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	SKARLY MARIA CABARCAS VICTOR	1051895323				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	STEVEN JAVIER VALDES RAMOS	0				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	YEIITH BRAND BELLIDO COAVAS	1051895505				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10						x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11						x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

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!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	28/03/2019
		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:__JUNIO__

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	ELID ANGEL CASTILLO PEREZ	1048467254						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Lisbeth P	6881317	Lisbeth
2	JESUS DAVID OLIVO MARRUGO	1049832614						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Luis Arango	1049832614	Luis
3	MARCOS JOSE OVIEDO ZAMBRANO	1049832495						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Sara O	1049832495	Sara
4	MARIA CAMILA HERRERA PUELLO	1051894694						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Carmen	23136162	
5	MARIANA SOFIA PALACIO SARABIA	1234099671						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Amanda	1049828082	
6	YOLIMAR MARIN VICTOR	1049831990						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Marcelus Vp	1046831076	Marcelus
7	YORVIS DE JESUS FERNANDEZ CAJAR	1049832466						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Maria C.	1049828858	Maria
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

NARLY 3 A 5

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.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:__JUNIO_

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 7 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ANA ISABEL TRUJILLO GAVIRIA	1137527891		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Isabela	1049825928	Isabela
2	ARGENIS MARIA BLANCO BOLIVAR	1002317342		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Argenis B.	1002317342	Argenis B
3	KARIN JULIET ARANGO CONEO	1049833035		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Catalina e	1049833035	Catalina e
4	DANIELA HERRERA AYOLA	1002316186		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Mariela	1049832536	mariela
5	DILAN ANDRES SANCHEZ TAMARA	1049832973		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Carlos	92398	Carlos
6	JIMENA PAOLA BOLIVAR GELIS	1143349818		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Jimena	1143349818	Jimena
7	MARISOL HOYOS ESMERAL	1065857385		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Esmeral	1065857385	Esmeral
8	NELLY MAR SERPA CORREA	1049833029		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Rosa Correa	1002316185	Rosa.
9	SINDY PAOLA BLANCO HERNANDEZ	1051891007		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Sindy Blanco		Sindy
10	VIVIANA MARGARITA MENDOZA CASTAÑO	1051888917		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Viviana M	1051888917	Viviana M
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

LUZ E. GESTANTE

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	29/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: JUNIO__

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	ARAN ANDRES JIMENEZ PALACIOS	1049832900			X			500	1000				825	1000		500						Mateo Batista	1049	
2	DEIDANYS CONEO MENDOZA	1049832794			X			500	1000				825	1000		500							928	
3	EIMY CHANEL PEREZ GRAU	1049832898			X			500	1000				825	1000		500						Emilys Lara G.	1049824749	Emilys
4	ENER LUIS MONTALVAN REBOLLEDO	1049832793			X			500	1000				825	1000		500						Julio Rebolledo	1049825296	
5	IAN JOSE VILLAREAL BARRIOS	1049833003			X			500	1000				825	1000		500						Ian Barrios	1002315688	
6	XIANNA MAR MARIN PEREZ	1051895669			X			500	1000				825	1000		500						Xiana Perez	1002430930	Xiana C.
7	YONELIS MARIA MORELOS ESCOBAR	1049832968			X			500	1000				825	1000		500						Alexandra B.	1002315298	Prima.
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!

Cualquier copia impresa o de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA

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

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

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____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: __JUNIO_

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 CUPO	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	ADA LUZ BARRIOS RODRIGUEZ	1049832647				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	ALANNA SOPHIA PAJARO TRUJILLO	1051895498				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ARIANGELIS SOFIA ZABALETA OSPINO	1051895542				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	BIANIS SOFIA MISAC MORENO	1050980212				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	BLEINER BELTRAN PALENCIA	1049832455				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	BREINER DAVID GOMEZ PORTO	1238347180				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	CRISTHIAN ANDRES RINCON ALTAMAR	1051895486				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	DANIELA SAMANTHA PARRA RINCON	7347327				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	DAVIANA SOFIA ALTAMAR CORREA	1049832709				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	DAVID ALEJANDRO MENDOZA ANGULO	1049832934				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	ELIZABETH VILLAREAL BARRIOS	1049832612				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				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						

Observaciones:

LUZ B. 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!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.M011.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:__JUNIO_

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	IVANETH VICTORIA GONZALEZ ACOSTA	6033762				X.		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	JEAN PIERE SARMIENTO MORALES	1049832725				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	JEILIN DEL CARMEN GARCIA BABILONIA	1047519838				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	JULIANA DEL CARMEN SABALSA BATISTA	1049832471				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	JULIETA MANJARREZ PORTO	1049832625				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	KEILER JUNIOR SALCEDO PEREZ	1051894984				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	KEIVER ANDRES MORALES LOPEZ	1051895310				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	KELLYS JOHANA LIÑAN MANJARREZ	1143420955				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	KINVERLIS PAOLA ALTAMAR ORTIZ	1049832690				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	LUIS ANGEL PALOMINO SALCEDO	1051895226				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	LUIS EDUARDO RAMOS SIMANCAS	1051895629				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	MATIAS DE JESUS TORREGLOZA BARRIOS	1049832710				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	SANTIAGO ANDRES ALTAMAR ROMERO	1238347552				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	WENDY JULIANA JUNCO GAVIRIA	1049832578				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

LUZ E. I A2

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	P-LMO13-PP	28/01/2019
		Versión 3	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:__JUNIO__

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	DANIEL JAFAR PARRA RINCON	7347391					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Daniel Rincón	1127626537	Daniel Rincón
2	WILFRAN MORALES BOLIVAR	1201276228					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Wilfran	1193719948	Wilfran
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

LUZE. 3 A 5

Observaciones:

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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