BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS PRIMERA INFANCIA

F1.R013.PP	25/01/2018
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: __JULIO__

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
				MADRES GESTANTES Y LACTANTES	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	MEZCLA DE VAINITA PARA EL POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MARAVILLA O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un gulón si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ADAN JOSE RUIZ BLOOM	1049833000		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				• Maria Bloom	1002315539	Maria
2	DARILUZ BERMUDEZ BERMUDEZ	1047445454		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				• Gustavo.	1049	Gustavo
3	KAREN MARGARITA CANENCIA CORTEZ	1051895663		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				• Karencanen	1049	Karen
4	MARIA JOSE MORALES CONEO	1049832918		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				• LuzDari	33025764	LuzDari
5	NAILY SOFIA MELGAREJO PUERTA	1049832910		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				• Melissa	1005316	Melissa
6	NATALIA LICONA OVALLE	1049832890		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yineth	1049824	
7	YINETH MENDOZA OLIVO	1049824984		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Melisis	1049815	Melisis
8	WENDY JULIETH CONEO GUTIERREZ	1049832906		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Wendy C	1049832	Wendy C
9	YAIDED DANIELA BAENA BARRIOS	1002317498		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yaided	1049	Yaided
10	YULIANA MARIA ACUÑA MARTINEZ	1049832991		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Navarrispal	1049826	Naye
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma:
Nombre legible de quien entrega

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FT-MO1.01.FP	29/05/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: _JULIO__

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 2 AÑOS 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 6 AÑOS 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ALIMENTO COMPUESTO CHANGUA CEREAL	PANELA	ATÚN EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	DEIVIS DE JESUS TABORDA ALTAMAR	1051895663			X			500	1000				825	1000		500							Dalys A.	1002816020	dalys.
2	ERICK DAVID AURELA LARA	1049832918			X			500	1000				825	1000		500							Elsa Enrico	33026416	Elsa.
3	GADIEL JOSE IBARRA LOPEZ	1049832910			X			500	1000				825	1000		500							Perlelia	23134960	
4	GARETH DE JESUS GOMEZ GAVIRIA	1049832890			X			500	1000				825	1000		500							Jackelin	1002574 602	Jackelin
5	LUCIANA SOFIA ORTIZ CONEO	1049832906			X			500	1000				825	1000		500							Oscar Ortiz	1049832847	Oscar O.
6	YULIANIS JHOANA ALCAZAR SUAREZ	1049832874			X			500	1000				825	1000		500							Yisella Suarez	1049827400	Yisella
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Juana Ayala

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

Juana

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:__JULIO__

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)												Alimento de alto valor Nutricional		NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 2 AÑOS	NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 10 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN EN AGUA		BIENESTARINA				
				Especifique Cantidad entregada o colocar un gulón si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	EMANUEL SMITH CORTEZ SARMIENTO	1051894731					K	1000	1000	500	500	800	1650	1000		1000		500	525					
2	NICOLAS ANDRES OSPINO VERGARA	1049832320					K	1000	1000	500	500	800	1650	1000		1000		500	525					
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Juana Ayala

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Código F1.MC11.PP	29/03/2019
	FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: ____BOLIVAR____ CENTRO ZONAL: ____DE LA VIRGEN Y TURISTICA____ MUNICIPIO: ____CLEMENCIA____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: __JULIO_

NOMBRE DE LA EAS: ___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA _____DIMF RAYITOS DE LUZ_____

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y NIÑOS MENORES EN PERIODO DE LACTANCIA	MUJERES GESTANTES Y NIÑOS MENORES EN PERIODO DE LACTANCIA ADOLESCENTES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 2 AÑOS Y 11 MESES A 5 AÑOS	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	CEREAL SOMBRILLA ROJA O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ABIGAIL DEL CARMEN TORRES MORALES	1051895225				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Esly Morales	1002436721	Esly Morales
2	BRIANA SOFIA BATISTA BUSTOS	1049832686				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Ana Basto	1002446116	Ana Basto
3	DAYSA MICHELL PARRA CORTES	1052741638				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Gleyes O. Montes Pulgar		Gleyes O. Montes Pulgar
4	ESTEBAN JAVIER GARCIA CONEO	1051894919				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Paola Conedo	1053026875	Paola
5	GEREMIAS DE JESUS ANGULO MANJARREZ	1049832602				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Sabrina Manjarrez	1049832	Sabrina M.S.
6	HERNANDO JUNIOR GONZALES AYOLA	1049832673				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Nolvis Ayola	1051891143	Nolvis
7	JHON FREYLER ALVAREZ MANJARREZ	1049832669				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Yarelis	23139880	Yarelis
8	JOHIMAR ISAAC VILLANUEVA SANDOVAL	1051895155				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Johana V	1051895155	Johana V
9	JOSUE DAVID ANGULO MANJARREZ	1049832601				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Sabrina Manjarrez	1049832	Sabrina M.S.
10	MILAGRO SALOME TORRES ROCA	1051895240				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Yurine Roca	1049831473	Yurine Roca
11	VALERIA ANDREA PEÑA BOLIVAR	1049832594				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Baikis Bolivar P.	1002436127	Baikis B.P.
12	YULIETH PAOLA CASTILLO DE ORO	1051895151				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Yulieth Castillo	1051894919	Yulieth
13	SHORSDIAN JOSE BARRIOS ALTAMAR	1051895672				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500				Shirleds Altamar	1049832673	Shirleds
14	Maria José Manjarrez B.					X																Daniela	1003474561	Daniela
15	Esly Sofia Montalvo L																					Bonis	1049832669	
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								

Observaciones:

Firma: Jueres Ayola

Nombre del responsable de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

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

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____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: __JULIO_

NOMBRE DE LA EAS: ___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____DIMF RAYITOS 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	PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	ACEITE DE VASO EMPACADO PET	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MEZCLA OLEICA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	LECHE ENTERA EN POLVO						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ALISHA VILORIA GONZALEZ	1137542979				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Angie GR	1050972792	Angie
2	DANIEL JOSE PANTOJA MEZA	1051895372				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Camila P.	1047695351	Maria Cam P.
3	DELIANYS ANDREA CUADRO CASTILLO	1051895595				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Isabel	1052886339	Maria
4	EDER DAVID MENDOZA ALTAMAR	1049832742				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maverlis	1002316046	maverlis
5	ELIMAR MARRUGO GOMEZ	1051895501				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yesmin	1003149176	Yesmin
6	EMANUEL ANDRES VILLALBA CUADRO	1049832713				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Daniela Cuadro Pabon	1049832713	Daniela cp.
7	ESTEFANI AYOLA ACEVEDO	1049832747				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yesmin A.	1049831811	Maria mc
8	ISAAC DAVID MARIMON CONEO	1201288982				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Gainer V	1020355?	Gainer V
9	JUAN DAVID YANCES CONEO	1051895384				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Cano		Maria C
10	KAMILA ANDREA CARREAZO RUIZ	1049832792				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Katerine Ruiz H.	1049832	Katerine R. H.
11	LUIS MIGUEL AYOLA MARIN	1051895356				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Gilberto	73594298	
12	LUIS ANGEL AYOLA MARIN	1051895357				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Gilberto	73594298	
13	MARIELIS SOFIA FUENTES CUADRO	1049832735				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Daniela cuadro pabon	1049832	
14	NAHOMIS YENITH AYOLA VILLEGA	1051895421				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Denis Villega	1051895421	Denis
15	NOHEMI SALCEDO ACEVEDO	1049832756				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yesmin A.	1049831811	Maria mc
16	YEFRAINY SALOME BUELVAS PORTILLO	1049832731				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yesmin Acevedo	1006819	Yesmin A.
17	YEILER ANDRES BARONA BAENA	1049832720				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yaider Baena	1049832987	Yaider
18																								
19																								
20																								
21																								

Observaciones:

Firma: Juana Ayola B

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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 Recreo: ____ Otro: __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: _JULIO__

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____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: _____

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL					CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)												Alimento de alto valor Nutricional			NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
									ARROZ BLANCO	AVENA	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	HOJUELA DE AVENA (FORTIFICADA)	HOJUELA DE MAIZ	LENTEJA	MEZCLA DE VEGETALES (ARVEJA, ZANAHORIA, PAPA)	PANELA	PASTA ESPAGUETI	ATÚN						
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																
1	WUISNEYDISS CANACHE ESCALANTE	1049833087		X					1500	1500	2000	1000	1700	1650	1000	500	900	1000	1050				Anasury E. 27613[illegible] Anasury		
2	YULEISY VEGA HERRERA	1049829003		X					1500	1500	2000	1000	1530	1650	1000	500	900	1000	1050				Yuleisi V. 1049829003 Yuleisi		
3	YERALDINE DE LA HOZ ACEVEDO	1002317067		X					1500	1500	2000	1000	1530	1650	1000	500	900	1000	1050				Yeraldin 1002317067 Yeraldin		
4	YORLADIS GUTIERREZ OROZCO	1049829583		X					1500	1500	2000	1000	1530	1650	1000	500	900	1000	1050				Yorladis Gutierrez 1049829583 Yorladis		
5	ELIANIS PAOLA OSPINO NAVARRO	1081001724		X					1500	1500	2000	1000	1530	1650	1000	500	900	1000	1050				Elianis Ospino 1081001724 Elianis		
6	WENDY YURANYS AYOLA CASTILLO	1049829663		X					1500	1500	2000	1000	1530	1650	1000	500	900	1000	1050				Wendy Ayola 1049829663 Wendy		
7	LEIDY JOHANA SALCEDO SARMIENTO	1049827813		X					1500	1500	2000	1000	1530	1650	1000	500	900	1000	1050				Leidy Salcedo 1049827813 Leidy		
8	MAUREMAR GARCIA OJEDA	650365		X					1500	1500	2000	1000	1530	1650	1000	500	900	1000	1050				Maureman 650365 Maureman		
9	CANDELARIA ORTIZ ACEVEDO	[illegible]		X					1500	1500	2000	1000	1530	1650	1000	500	900	1000	1050				Candelaria Ortiz 1049[illegible] Candelaria		
10	SHAIRA YULETH TORRES	1049830972																							
11	MARIA J ALVAREZ	1049826083																							
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegada

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.MO13.PP	29/05/2019
Versión 2	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR _____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: _JULIO__

NOMBRE DE LA EAS: __FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____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 RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	MENORES DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAZ O SOYA	PANELA	AZUCAR EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ANYELA MARGARITA CUADRO CASTILLO	1049832902			X			500	1000				825	1000		500						Margarita B.	1.049832902	Margarita.
2	DANY LUZ JARAMILLO VILLALVA	1049832921			X			500	1000				825	1000		500						Dany Luz	1.049832921	Dany.
3	EMILIANO POSSO MALLARINO	1049832925			X			500	1000				825	1000		500						Julieth	1051 [illegible]	Julieth.
4	MAUREN ELENA OROZCO CONEO	1051895768			X			500	1000				825	1000		500						Maria Cecilia	1049832	[illegible]
5	SAUL DAVID SALCEDO OLIVARES	1049832914			X			500	1000				825	1000		500						Sandra Salcedo	1049832914	Sandra
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente:

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1 MO13.PP	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: __JULIO_

NOMBRE DE LA EAS:___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA _____DIMF RAYITOS 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 LACTANTES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ PLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MEZCLA DE ACEITES	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	SHANELY GABRIELA ESPINOSA GODOY	1049832818				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					NAYluz E.	1237439668	
2	BRIANIS SOFIA ARIZA BERDUGO	1051895360				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Katia Berdugo	1002315148	Katia
3	ESTEBAN GABRIEL AYOLA AYOLA	1051895552				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	ESTEBAN LOPEZ LOPEZ	1051895359				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Estefanie Lopez	1237588	Estefanie
5	IAN JOSE TORREGLOSA SUAREZ	1051895391				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Margarita	1002366	margarita
6	JESUS DAVID RUIZ RIVAS	1049832724				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Dorismoriva	2702583	Dorismo
7	JESUS GABRIEL MARRUGO VASQUEZ	1051895298				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Margarita V.	1044825	Margarita
8	JHONKEY MANJARREZ GAVIRIA	1049832759				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					DUP Gaviria	330266	[illegible]
9	KAILANNYS ZOHEMY TORREGLOZA BATISTA	1051895377				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Karla Batista	1003576	Karla B.
10	KEITHYM SCARLETH SALCEDO ALTAMAR	1049832700				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					DUVANYS A	1002317032	DUVANYS.
11	MARIA CELESTE AYOLA MARIN	1049832749				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Maria C Ayola	1047422857	Maria M.
12	MAYRIN PATRICIA PORTO PRIETO	1051895243				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					YajairaPorto P	1101882455	YajairaP
13	NATALIA ISABEL MANJARREZ CASTAÑO	1051895308				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Neyda luz	1049827492	Neyda
14	NEILIS ALCAZAR QUINTANA	1051895371				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Neivis Quintana	1002508	Quintana
15	ROSA ISABEL PEREZ LOPEZ	1051895247				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Milenys lopez	1011744	Milenys
16	SAMAY MARGARITA DIAZ DE LA HOZ	1051895370				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Dayny de la H.	1002318	Dayny
17	SARA SOFIA JUNCO RUIZ	1049832776				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Veronica Junco	1124053	Veronica J.
18	SAYLER JOSE MEDINA AYOLA	1049832696				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Yina Ayola	1002315	YinaA.
19	YERMAIN ANDRES GRAU PIMENTEL	1051895452				X		500	1000	500		900	1650	1000		500	500					Alondra Pimentel	1174222	Alondra
20																								
21																								

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 de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

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

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____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:__JULIO__

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 LACTANTES EN PERIODOS DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A MENOS DE 12 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A MENOS DE 24 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 24 A MENOS DE 72 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	JORGE ISACC OROZCO VILLEGAS	1049832440					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			YOSNEY	330215	YOSNEY
2	KEREN SOFIA CASTILLO HERRERA	1238344464					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			[illegible]	1059444	[illegible]
3	LUIS ANGEL PEREZ BADEL	1049832006					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Margarita B.	1.049832006	M.B.
4	LUISA ALEJANDRA OROZCO DE LA HOZ	1049832433					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Geraldine	1002311062	Geraldine
5	LUISA FERNANDA MEDINA MELGAREJO	1051894547					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yina Ayola	1002315815	Yina A.
6	MIREIDIS ARIZA BERDUGO	1049832264					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Katia Berdugo	1002315148	Katia
7	NATALIA FLORES VASQUEZ	1051894429					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yuranis V.V	1049828815	Yuranis
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información	Pública

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: __JULIO_

NOMBRE DE LA EAS: ___FUNDACION DE LA COMUNIDA UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA _____DIMF RAYITOS 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 0 A 6 MESES DE EDAD	NIÑOS Y NIÑAS DE 7 A 23 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 24 A 60 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	ATUN	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PAPA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ALEXANDRI VILLALVA REBOLLEDO	1049832715				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					OSMARIS	7046[illegible]	OSMARIS
2	GEORGELYS ACEVEDO LÓPEZ	1049832605				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Alejandra Lopez	1002[illegible]	Alejandra
3	GLENYERLIS VELAZCO RODRIGUEZ	1051894889				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yerlis R.C	3055[illegible]	[illegible]
4	JUAN DAVID MENDOZA GUERRERO	1049832636				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yoselin Guerrero	3845[illegible]	Yoselin
5	JULIO CESAR MARTINEZ VELAZCO	1051894967				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Marianys V	1002[illegible]	Marianys
6	MARIANYS SOFIA CASTILLO CASTILLO	1235050776				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Meidi Castillo	1127[illegible]	Meidi C
7	MICHELL SAMANTHA MARRUGO CASTILLO	1049587798				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Jesus Marrugo	1122[illegible]	[illegible]
8	NEVIS PAOLA OROZCO OSPINO	1049832635				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Elicanis Ospino	1049[illegible]	Elicanis
9	YASNELLYS OROZCO VILLEGAS	1049832782																					YASNELLY	3302[illegible]	YASNELLY
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									

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 de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

Powered by CamScanner

Eulda

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: __JULIO_

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 23 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 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	DEILYS SOFIA AYOLA MORALES	1049832726				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					*Blanca	1049826625 Blanca
2	EITAN ESMIC ORTIZ AREVALO	1044017591				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					*Mi. Carmen Paola	77 3111279
3	EYLIN SOPHIA LIGARDO VASQUEZ	1051895202				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					*Deily Laguna.	84588838 Deily
4	JUAN JOSE RAMOS FUENTES	1067734152				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					*Yezmeli	1067398 Yezmeli
5	ISABELLA ACEVEDO DIAZ	1048612306				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					*Yesica Diaz	1143407584 Yesica
6	LUCIANA ALCAZAR SALAS	1043342076				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					*Celina B.	33025032 Celina
7	ROSALINDA JULIO TOBIAS	1051895553				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					*Luz Leidis	1049826655 Luz L
8	SAMUEL ELLES DE LAS AGUAS	1049832790				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					VANESSA OEJA	1064130976 VANESSA
9	SCARLETH PADILLA TORON	1051895463				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					*Sandra Soraya	33026535 Sandra
10	SHAIRA PAOLA CANTILLO FUENTES	1050980865				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					(Yezmeli) T	1067398 Yezmeli
11	THIAGO JOSE OROZCO CUADRO	1049540987				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Alcides Cuadro	1002319474 Alcides
12	WESLY MICHELL ELGUEDO JIMENEZ	1143420356				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					*Luisa Mendoza	1127604 Luisa-el
13	YADIEL DE JESUS VILLA TRUJILLO	1049832644				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yeinis Trujillo	1044780 Yeinis
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								

Observaciones:

Firma: Eulda Arroyo

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

Emilda

FORMATO DE EN

BIENESTAR FAMILIAR

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

21.PP.FO.PP	29/12/2016
Versión 3	Página 1 de 1
Disposición 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:__JULIO__

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)												Alimento de alto valor Nutricional		NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 12 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MEZCLA O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN EN AGUA		BIENESTARINA			
								Especifique Cantidad entregada o colocar un gulón si el alimento no se entregó en el paquete.																
1	ADELBIS MARIA PORTO GARCIA	1051894267					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yolanda Garcia	1049627193	Yolanda G.
2	ALI JAIRE LEON BARRIOS	1049832280					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yuli Barrios	1049827884	Yuli B
3	ANTONELA JULIET BALLESTAS SULBARAN	1049832090					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Antonela ballestas	1049832090	Yuli Vm
4	FRANCHESCA DEL CARMEN VILLALOBOS	6440169					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yaurbel V.	64422275	Yaurbel V.
5	GERMAN DAVID PEREZ GUTIERREZ	1142951203					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yorladis Gro	1049852668	Yuli
6	JAIR JOSE OLIVERA ALCAZAR	1044008686					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yuleth Alcazar	1047631370	Yuleth
7	JESUS DAVID ESCORCIA PEREZ	1049832190					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Alexander Gonzale	7315368	Alex Gf
8	ANDRES ELIAS NOGROVEJO ESTRADA	1062395683					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Kelly Altamar	1049824002	Kelly
9	JOSELLYS MARIA MARIN LEVETTE	1049832337					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Jose David Marin	1049827	
10	JOSNAIDER JOSE ZAMBRANO REYES						X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Daniela Reyes	56084164	Daniela
11	ENYLIS RUIZ PIÑERES	1049832244					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Keiny Luz	1049841134	Keiny Luz.
12	LUCIANA MENDOZA CERPA	1123417903					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Nevis Rodriguez	33335824	Nevis RR
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Emilda Arroyo

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

Emilda

BIENESTAR FAMILIAR

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

FT.M13.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:__JULIO___

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional			NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	CARMEN ULSINA PIÑERES SARABIA	1049828834		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Elmy Luz	1049824174	Elmy Luz
2	LUISA FERNANDA MOLARES CONTRERAS	1049827247		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Luisa	1049827247	Luisa
3	GENESIS SOLANO ORDOÑEZ	1047522322		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Rodolfo Solano	72071268	Rod. C. Sol
4	JHON MANUEL AYOLA PEREIRA	1049832983		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Graciela	64278?9	Graciela
5	Mishell P. Ortiz Arevalo	1137221179		x																			Mishell Ortiz	1137221179	Michell
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma: Emilda Anoyo

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROGRAMA
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT-M11.PP	29/05/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: _JULIO___

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE EN GARRAFON DE SOYA O OLIVA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	DAINER DAVID OLIVARES BALLESTA	1049832915			X			500	1000				825	1000		500						x Dawil Olivares	1047420882	x DAVID
2	ELEINYS ISABEL CUADRO VASQUEZ	1049832924			X			500	1000				825	1000		500						x Eleinys Vasquez	1049830088	ELEINYS
3	MAICOL DAVID FONTALVO RAMIREZ	1051895822			X			500	1000				825	1000		500						Keila Ramirez	1048933287	Keila
4	NAILUZ FONTALVO RAMIREZ	1051895771			X			500	1000				825	1000		500						Marcela Ramirez	1048933415	Marcela
5	YULIMAR LEMUS GUTIERREZ	1051895708			X			500	1000				825	1000		500						Diana Lemus	1067325263	Diana
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Enilda Amaya

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCION Y PREVENCION FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1 MDS 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:__JULIO___

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional			NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE GESTANTES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 24 A 60 MESES 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 gulón si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	HEIDY JOHANA MANJARREZ RUIZ	1002317376		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Heidy Manjarrez	1002317376	Heidy Manjarrez
2	YOSARIS LOPEZ SANDOVAL	1051885709		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Yosaris Lopez	1051885709	Yosaris Lopez
3	MILEIDYS JOHANA MENDOZA BAENA	1002314914		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Mileidys M.	1002314914	Mileidys M.
4	ALYANA SOFIA GUERRERO RUA	1049832998		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Luz Nerdys R	1047340469	Luz Nerdys R
5	AYLEEN SOFIA GUERRERO RUA	1049832997		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Luz Nerdys R	1047340469	Luz Nerdys R
6	BRYANNA ISABELLA MORALES MORALES	1049832979		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Indira Morales	1002576825	Indira M.
7	GALA MARIA SALCEDO FUENTES	1049833011		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Yeimi Fuentes	1002377335	Yeimi S
8	ADRINA LUCIA ANAYA ALTAMAR	1049832992		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Kelis Anaya	1049824699	Kelis
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Emilda Anaya

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

F1.M013.PP	25/05/2019
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR _____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: _JULIO___

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ADHARA SOFIA GOMEZ VERILES	1049832907			X			500	1000				825	1000		500							Yolimar Veriles	31539052	Yolimar V.
2	ENYELIS SOFIA SALCEDO SARMIENTO	1049832949			X			500	1000				825	1000		500							Carmen Urango	1007640025	Carmen
3	DORIS YULIETH ELLES VICTOR	1043035597			X			500	1000				825	1000		500							Brandy Victor	1049816937	Brandy S
4	ELIANA SOFIA ORTIZ OROZCO	1049832865			X			500	1000				825	1000		500							Emilia	32027701	Emilia
5	JHOIRLE SALCEDO VERGARA	1042597740			X			500	1000				825	1000		500									
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma: Emilda Arroyo

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

Roselis

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PESO NO INFANTIL

F-PROM-PP | Versión 3 | Clasificación de la Información: Pública | Página 1 de 1

IONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL _____DE LA VIRGEN Y TURISTICA ____ MUNICIPIO ____CLEMENCIA ____

MBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

MBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN _____

CIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Receso_____ Otra __ Especifique: _____

S DE ENTREGA: __JULIO__

MBRE DE LA EAS __FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN _____NOMBRE DE LA UDS/URA/UCA _____DIMF JUAN PABLO_____

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RAP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional			NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
							ARROZ BLANCO	FRIJOL	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	HUEVO DE GALLINA ENTERO EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	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.																
AINHARA SOFIA GALLEGO BARBOZA	1051695816		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000	1050				YuribethB	1002316606	Yuribeth
DANIEL JOSE MORALES CONEO	1049832993		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000	1050				DayanaC	1049826407	Dayana
ELIANA SOFIA OLIVERA ALCAZAR	1247259319		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000	1050				Sadith	1047454374	Sadith
KEISY PAOLA MORALES PEREZ	1002316680		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000	1050				KeysiM	1002316680	KeysiM
JAVIER JESUS ALTAMAR ORTEGA	1049833034		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000	1050				Kellyortega	1002316	Kelly O
LINA MARIA TOUS GARCES	1043642999		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000	1050				Linatous	1043642999	Linatous
LIZET PATRICIA OLIVAREZ MARTINEZ	1049830757		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000	1050				LizetO	1049830757	LizetO
LUZ KELLY DIAZ VILLALVA	1049826407		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000	1050				Luz Kelly D	1049826407	Luz Kelly D
DALIANYS SANDRITH PAJARO MANJARRES	1049833007		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000	1050				Lu3M	1049826456	Lu3M
EIMAR ANDRES JIMENEZ BARRIOS	1049833019		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000	1050				Yajaira B	1002317314	Yajaira B

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

Roselis

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.MO13.FP	25/01/2018
Versión 5	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: __JULIO__

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional			NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y LACTANTES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 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	ANDRI YULIETH VASQUEZ FONTALVO	1045227738		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Andri vasq	1045227738	Andri
2	DARIANIS RALISMAR CASTILLO RODRIGUE	4950643		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Darianis	1045234512	Darianis
3	INDIRA MARCELA DE LA CRUZ PEREIRA	1002072505		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Indira	1002072505	Indira
4	KATTERIN SILVANA TRUJILLO YAGUNA	1065843574		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				katterin	1065843574	katterin
5	LEISYBETH PAOLA ESCORCIA ANAYA	7509797		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				LEISYBETH	7509797	LEISYBETH
6	MARIA ALEJANDRA MENDOZA JULIO	1192742749		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				MARIA ALEJANDRA	1192742749	MARIA ALEJ
7	JUAN SEBASTIAN CAMARGO PEREZ	1045253299		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Milagro	1002231639	Milagro
8	PATRICIA MARCELA BALVIN TOVAR	1002315055		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				PATRICIA	1002315055	PATRICIA
9	MARIA CELESTE TORRES JIMENEZ	1049833071		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				YolLeis	1045233[illegible]	YolLeis
10	FABIANNI CAROLINA BOSSIO ATENCIO	1041900456		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				fabianni B	1041900456	fabianni B.
11	DARLIN ELLES BARRIOS	33025973		x				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Darlin E	33025973	Darlin
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FT.PCP.1.FR	2019/10/15
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: __JULIO__

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional			NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y LACTANTES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
								Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	ANDRI YULIETH VASQUEZ FONTALVO	1045227738		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Andri vasq	1045227738	Andri
2	DARIANIS RALISMAR CASTILLO RODRIGUE	4950643		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Juan Luis	1045234512	Juan Luis
3	INDIRA MARCELA DE LA CRUZ PEREIRA	1002072505		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Indira	1002072505	Indira
4	KATTERIN SILVANA TRUJILLO YAGUNA	1065843574		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Katterin	1065843574	Katterin
5	LEISYBETH PAOLA ESCORCIA ANAYA	7509797		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Leisybeth	7509797	Leisybeth
6	MARIA ALEJANDRA MENDOZA JULIO	1192742749		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Mar. Alejandra	1192742749	Mar. Alej
7	JUAN SEBASTIAN CAMARGO PEREZ	1045253299		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Milagro	1002231639	Milagro
8	PATRICIA MARCELA BALVIN TOVAR	1002315055		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				PATRICIA	1002315055	PATRICIA
9	MARIA CELESTE TORRES JIMENEZ	1049833071		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				YoiLeis	1045233386	YoiLeis
10	FABIANNI CAROLINA BOSSIO ATENCIO	1041900456		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				fabianni B.	1041900456	fabianni B.
11	DARLIN ELLES BARRIOS	33025973		X				1500	1500	2000	1000	1520	1650	1000	500	900	1000		1050				Darlin E	33025973	Darlin
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

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

FT-MO-11-FP	29/05/2019
Versión 2	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: JULIO___

NOMBRE DE LA EAS: ___FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA _____DIMF JUAN PABLO_____

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y LACTANTES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 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 U 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 VALENTINA BALLESTEROS RUIZ	1051895660						500	1000				825	1000		500							Veronica Ruiz	1051873336	VeronicaRC
2	FELIX JUNIOR HERRERA CANOLES	1049832845			X			500	1000				825	1000		500							CeneliaC	1051872643	Cenelia
3	GABRIEL EDUARDO MONTERO SUAREZ	1051895661			X			500	1000				825	1000		500							Rita Perez	45435267	Rita Perez
4	GABRIEL DE JESUS MENDOZA AYOLA	1051895721			X			500	1000				825	1000		500							Yamileth	Mendoza Ayola	Yamileth
5	GAEL JOSE BATISTA OROZCO	1049832837			X			500	1000				825	1000		500							Keosy Orozco	1049831803	Keosy O
6	JAVIER GOMEZ MARTELO	1049832877			X			500	1000				825	1000		500							Ana Martelo	1002474986	Ana M
7	MARIA LAURA AYOLA COGOLLO	1049832896			X			500	1000				825	1000		500							Aura Coneo	1002431747	Aura Coneo
8	MILAGROS ISABEL JIMENEZ CONTRERAS	1049832853			X			500	1000				825	1000		500							Daniela Jimenez	1049721016	Daniela
9	NAHOMY ANDREA MOSCOTE CABARCAS	1201290058			X			500	1000				825	1000		500							Dems C.	1049830095	DemS
10	YEIKOLL DAVID MORALES CUELLO	1051895724			X			500	1000				825	1000		500							Cuello Cuello	1051888966	Cuello
11	EMMANUEL MARTINEZ MACEA	1045253161			X			500	1000				825	1000		500									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

Observaciones:

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

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

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 2 AÑOS	NIÑOS Y NIÑAS DE 2 AÑOS Y 1 DIA A 5 AÑOS	NIÑOS Y NIÑAS DE 5 AÑOS Y 1 DIA A 6 AÑOS	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MEZCLA OLEOSA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ADRIANA LUCIA PALACIO SARAVIA	1049832994				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	BRITTANY SOPHIA PEREZ GOMEZ	1047520809				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	CHARLOTTE ARIANA PEREZ MUÑOZ	1042596751				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	ELENIS SOFIA AGAMEZ PORTO	1051895489				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	JOSDAINER JESUS ZAMBRANO REYES					X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	JOSE DAVID MENDOZA TORRES	1049832795				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	LUIS FERNANDO TORRES SUAREZ	1042596898				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	LUISA FERNANDA VELASCO DEL TORO	1051895442				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	MATIAS MARQUEZ RUIZ	1042596979				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	SAMANTHA ISABEL MONTERO SUAREZ	1051895162				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	SHAYLIN SOFIA LIÑAN BERRIO	1049832801				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	THIAGO ALEJANDRO AYOLA QUIROZ	1051895455				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	DALIANIS SOFIA FONTALVO BOSSIO	1045252907				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	MARTINA TOVAR BALLESTAS	1045252857				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	KEILEN DAVID ORTEGA FONTALVO	1044783489				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	MILAN JOSE VILLEGAS SANCHEZ	1049832816				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	YULIETH CAROLINA CONEO FERNÁNDEZ	1049832821				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
18																								
19																								
20																								
21																								

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 de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

Powered by CamScanner