BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

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

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

MES DE ENTREGA: Noviembre

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

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

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° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
			MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	NUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
			Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																						
DYLAN JOSE MARIN JIMENEZ	1049833149	30/11/2023	X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Vivian Jimenez	1049826539	Vivian J.
EMILIO MANJARREZ OLIVAREZ	1049833151	30/11/2023	X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Vivian Jimenez	1049826539	Vivian J.
SHARICK VANESSA MELGAREJO DIAZ	1049837918	30/11/2023	X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Ana Stella	1237440	Ana
YELIMAR DEL VALLE VERBLES ESCALONA	SD	30/11/2023	X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Yelimar Verbles		Yelimar
YOEDIS BARROZA MACHACON	1049825936	30/11/2023	X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Yoedis B.	1049825936	Yoedis B

Observaciones:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Id:

Firma legible de quien entrega

Powered by CamScanner

BOLIVAR — ZONAL — DE LA URGENTE TUMBACO

E DE LA MODALIDAD: __FAMILIAR

E DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACION: __DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

ENTREGA Hogar Lobo

E DE LA EAS _FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTÍNEZ CAFFYN_____ NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___JUAN PABLO

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

DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

RES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
			MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	NUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MANZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA						
			Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
RIANGEL BLOOM MIRANDA	1051895612	30-11-23			X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						1005572574	

Observaciones:

Firma: _____

de quien entrega

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

RVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: ___DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

___X___ Vacaciones o Recreo)_____ Otro ___ Especifique _____

A: Noviembre

EAS: FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN_____ NOMBRE DE LA UDS O UNIDAD: JUAN PABLO _____

UNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL _____

TO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL _____

ELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
			MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE 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.																					
	1049832780	30/11/2023				X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Juan León	6778240	
	1062955683	30-11-2023				X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Kely Alfaro	1049824611	
	8480164	30 11-23				X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Eduardo.	20859	
	1049832790	30-11-23				X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Alexander	7315363	
	1049832337	30-11-23				X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Jose D. Flores	1049824611	
	5835312	30-11-23				X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				JOSE L	5-608-42	
	1041185867	30-11-23				X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Ederlan	30793370	
	1049832320	30-11-23				X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				Julitza	1002437	

servaciones

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

entrega

Powered by CamScanner

CENTRO ZONAL: OLAYA VIVE Y TRABAJA

MODALIDAD: __FAMILIAR

SERVICIO O FORMA DE OPERACION: __ DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

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

MES DE ENTREGA: __ NOVIEMBRE

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAEYN _____ NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA: __ JUAN PABLO

DIRECCION DEL PUNTO DE ENTREGA: ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RFP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional			NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
			MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 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 entrego en el paquete.																				
CRISTIAN DAVID PEREZ VILLAMIL	1028858159	30-11-23			x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
LIANA SOFIA ORTIZ OROZCO	1049612865	30-11-23			x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
SANTIAGO DE JESUS ARRIETA ANAYA	1073511452	30-11-23			x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
Daniel Hoyos	1068319932				x																		

Luz O Ospino 33026324 LUZ O OSPINO
Melissa Ortiz 1051890026 Melissa.
Afrid Arrieta 1118846230
Kelly Alcazar 1049214691 KELLY ALCAZAR

Observaciones

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

NOMBRE DE LA MODALIDAD __FAMILIAR _____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACION ___DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR_____

RACION Mensual ___X___ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique _____

MES DE ENTREGA: ___NOVIEMBRE_____

NOMBRE DE LA EAS _FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN_____NOMBRE DE LA UOSUBA IUCA ___JUAN PABLO_____

DIRECCION DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL _____

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL _____

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RAN (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 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 entrego en el paquete.																					
1	JUAN EDUARDO AYALA MARTINEZ	1002316273	30/11/2023		X			500	1000				825	1000		500							Yuranis M. 1002316273 Yuranis M.		
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								

Observaciones

Firma._____

Representante Legal EAS o su delegado

Nombre legible de quien entrega

Powered by CamScanner

REGIONAL BOLIVAR CENTRO ZONAL DE LA VIRGEN Y TURISTICO MUNICIPIO CLEMENCIA

NOMBRE DE LA MODALIDAD FAMILIAR

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

RACIÓN Mensual x Vacaciones o Receso Otro Especifique

MES DE ENTRE Noviembre

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

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA							
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																						
	PEDRO LUIS PEÑA HERNANDEZ	1253658173	30-11-23	X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050					Weller H.	1049	Neila H/H

Observaciones:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

Nombre legible de quien entrega

Powered by CamScanner

REGIONAL BOLIVAR CENTRO ZONAL DE LA VIRGEN Y TURISTICO

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

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

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

MES DE ENTREGA: NOVIEMBRE

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

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAÍZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAÍZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATÚN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	ADRIANA LUCIA ANAYA ALTAMAR	1043832992	30/11/2022		x			500	1000				875	1000		500								Kelly Altamar 1043124631	
2	ALEINYS SOFIA FREITE MARRUGO	1043833033	30/11/2022		x			500	1000				875	1000		500								LUZ [illegible] 1047833	
3	BRYANNA ISABELLA MORALES MORALES	1043832979	30/11/2022		x			500	1000				875	1000		500								Maria espinosa 1043103	
4	CAILA MARIA SALCEDO FUENTES	1043833011	30/11/2022		x			500	1000				875	1000		500								- Yeimis 1002311338	
5	LEURIAN DAVID OJENDIZ PEREZ	1043832976	30/11/2022		x			500	1000				875	1000		500								Brigitte Perez 1047916270	

Observaciones

Firma

Representante Legal EAS o su delegado

Firma

Nombre legible de quien entrega

6 - 11 meses

Powered by CamScanner

NOMBRE DE LA MODALIDAD: __ FAMILIAR

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

RACIÓN: Mensual: ___X___ Vacaciones o Recreo: _____ Otro: __ Especificar: _____

MES DE ENTREGA: ___NOVIEMBRE

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN_____ NOMBRE DE LA UDS/UBA/ICA: ___JUAN PABLO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RACIÓN (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAÍZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAÍZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATÚN	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	JOSE JESUS CUADRADO BOLAÑOS	1049832996	30/11/2023		X			500	1000				825	1000		500									
2	NELLIETH ELENA PUERTA VILLAREAL	1042955385	30/11/2023		X			500	1000				825	1000		500									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									

Observaciones

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Firma: _____

Aclaración de quien entrega

Powered by CamScanner

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR

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

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

MES DE ENTREGA: Noviembre.

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

DIRECCION DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional			NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	LUIS MANUEL ALVAREZ MANJARREZ	1049833074	30/11/2023	X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050			Heidys M.	1002317376	Heidy M
2	YEREMI DE JESUS PUELLO LOPEZ	1049833135	30/11/2023	X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050			Yosaris Lopez	1051885709	Yosaris
3	KEIDYS OROZCO AVILA	1002391360	30/11/2023	X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050			Aizar Avila	1002317203	Aizar A. H
4	MILEIDYS JOHANA MENDOZA BAENA	1002314914	30/11/2023	X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050			Fabian M.	73560815	Fabian Mendoza
5	NALIETH MARGARITA MENDOZA ORTEGA	1002316500	30/11/2023	X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	1000	900	1000		1050			Nalieth M	1002316500	Nalieth

Observaciones:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

e legible de quien entrega

Powered by CamScanner