NOV 1.2

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: HOGAR FAMILIAR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:

RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Recreo Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: NOVIEMBRE

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

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 RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)									Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° CERTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				BENEFICIARIOS 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	ENTERO FRANCA					
				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						
2	ALEXANDRA SOFIA HERRERA JULIO	1049832704					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ANDRES FELIPE AYOLA ALCAZAR	1049832852					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	ANGEL DAVID VILLAMIL OROZCO	1049832808					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	ANGELA LUCIA CERVANTES GAVIRIA	1051895394					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	KEILER DANIEL ZAMBRANO HERRERA	1049832656					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	BRITANY JOSE ORTEGA GODOY	1051895321					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	DANA PATRICIA ARNEDO CORTINA	1051895564					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	DELION JOSE SOLANO MANJAREZ	1051895099					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	GRISETH SOFIA GOMEZ FUENTES	1049832649					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	IAN DAVID SUAREZ GODOY	1049832798					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	JHANA LUCIA CASTAÑO OROZCO	1049832881					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	JHOSADAD YEPES SALCEDO	1235051390					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	JUAN JOSE POSSO ALTAMAR	1049832869					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	KARLEIDYS SOFIA ARELLANO MELGAREJO	1049832708					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	KEILA SOFIA PEREZ SALCEDO	1049832652					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	KEREN ISAMAR AYOLA LOPEZ	1051895408					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						

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

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:__NOVIEMBRE_

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	LEONEL JOSE AYOLA ESCORCIA	1049832770				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Nortelis	1049832770	Nortelis
2	LUIS EDUARDO ALTAMAR AYOLA	1049832705				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Luis Eduardo Altamar Ayola	1049832705	Luis Eduardo
3	MARLEIDYS CARRILLO TORREGLOZA	1049832643				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Karolay T	1002313928	Karolay
4	MATHIAS MANUEL DE LA HOZ CARDOZA	1142954494				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Berenice Cotes	1238350368	
5	MIGUEL ANGEL PALACIO AYOLA	1049832754				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yeison	45.745.412	
6	SAUL XAVIER GRAU HERAZO	1049832882				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Dayana Bco	1049832882	Dayana
7	SHAIRA ALEJANDRA BARRIOS OROZCO	1051895496				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yeinis Lemaro	1049832722	Yeinis
8	THIAGO DE JESUS RUIZ HERRERA	1049832722				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Muriel JCS M	1049832650	Muriel JCS
9	WILL STEVEN MARRUGO DE AVILA	1049832650				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yurleys Cervantes	1049832883	Yurleys
10	YUSNEY MILAGROS ALTAMAR CERVANTES	1049832883				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Zaira Alejandra Pacheco	1051895459	Zaira
11	ZAIRA ALEJANDRA PACHECO MORALES	1051895459				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		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

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:__NOVIEMBRE_

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
				MADRES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ABRIL SOFIA MONTANVAL OVIEDO	1051895492				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	ALAN DAVID CANTILLO GODOY	1049832716				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ANABEL MANJARREZ ARIZA	1051895393				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	JORGE EDUARDO MORALES URUETA	1201290574				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	ANDRES FELIPE GUARDO GRAU	1049832842				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	AXEL DAVID CARRIAZO FUENTES	1049832743				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	BLAIVER CORTINA JIMENEZ	1049832789				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	DAYLIANIS ANDREA CARRIAZO SUAREZ	1049832771				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	DEIMAR JULIAN ACEVEDO CORTINA	1049832681				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	DEIVIS LUIS YEPEZ PEREZ	1051895511				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	EDIERLIS SOFIA VILLAMIL VILLARTE	1051895045				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	ELISS ELENA JULIO VEGA	1049832755				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	EVER LUIS GAVIRIA ROA	1051895465				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	HIAN JOSE SUAREZ CASTAÑO	1051895254				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	JHON FREDYS HERRERA VEGA	1051895436				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	JUAN ESTEBAN BORJA BERMUDEZ	1042597257				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	KEINER DAVID MARRIAGA MARQUEZ	1051895211				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						

GISELLA 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!

Powered by CamScanner

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: __NOVIEMBRE_

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ABRIL SOFIA MONTANVAL OVIEDO	1051895492					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	ALAN DAVID CANTILLO GODOY	1049832716					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ANABEL MANJARREZ ARIZA	1051895393					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	JORGE EDUARDO MORALES URUETA	1201290574					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	ANDRES FELIPE GUARDO GRAU	1049832842					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	AXEL DAVID CARRIAZO FUENTES	1049832743					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	BLAIVER CORTINA JIMENEZ	1049832789					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	DAYLIANIS ANDREA CARRIAZO SUAREZ	1049832771					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	DEIMAR JULIAN ACEVEDO CORTINA	1049832681					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	DEIVIS LUIS YEPEZ PEREZ	1051895511					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	EDIERLIS SOFIA VILLAMIL VILLARTE	1051895045					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	ELISS ELENA JULIO VEGA	1049832755					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	EVER LUIS GAVIRIA ROA	1051895465					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	HIAN JOSE SUAREZ CASTAÑO	1051895254					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	JHON FREDYS HERRERA VEGA	1051895436					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	JUAN ESTEBAN BORJA BERMUDEZ	1042597257					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	KEINER DAVID MARRIAGA MARQUEZ	1051895211					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						

GISELLA 1 A 2

Observaciones:

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma: _____
Nombre legible de quien entrega:

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

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO: ____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:__NOVIEMBRE_

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	KLEIVER BAENA PALACIO	1051895982				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	LIAM JAVIER SERPA VICTOR	1051895351				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	LUIS SAMUEL CASTILLO SERPA	1051895616				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	MELANY SOFIA BATISTA BATISTA	1049832807				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	MELANYS SARMIENTO BELEÑO	1049832676				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	BRYAN DAVID ALFARO BABILONIA	1030713166				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																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

GISELLA 1 A 2

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

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:__NOVIEMBRE_

NOMBRE DE LA EAS:__FUNDACION DE LA COMUNIDA 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 RACIÓN
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	AIMAR RAFAEL REALES MADERA	1049832895					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	ALEXANYS SIMANCA PEREIRA	1051895387					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ALI MAURICIO GOMEZ SALCEDO	1051895385					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	ANDRES FELIPE CASTAÑO CORREA	1049832763					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	BRIANA LUCIA FUENTES SALCEDO	1049832857					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	CRISTIAN DAVID ORTEGA SALCEDO	1142954667					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	DAILER JOSE OROZCO MENDOZA	1049832589					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	DAIMER GABRIEL CONEO MARRUGO	1051895569					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	DAMIAN RAFAEL MADERA BERRIO	1049832741					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	ELIAN DAVID CRUZ BENITEZ	1049832765					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	ELIANIS SOFIA MONSALVE DIAZ	1051895023					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	FREIDER DAVID MORALES CASTRO	1049832750					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	GABRIELA LUCIA CABARCAS FUENTES	1049832684					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	HEYLIN SOFIA MIRANDA JULIO	1043034328					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	ISABELLA ACEVEDO RAMOS	1049832833					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	JHON MANUEL PEREZ PINEDA	1049832819					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!

Powered by CamScanner

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: __NOVIEMBRE_

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						
2	JOSE DAVID SALCEDO ESTRADA	1049832620				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	JOSE GABRIEL BATISTA AURELA	1049832665				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	LEIDALIS CASTILLO ESPITIA	1051895406				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	LIAM DAVID NARVAEZ FUENTES	1201287248				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	LUIS FERNANDO CARDALES MONCARIS	1049832799				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	LUZ DAYANA MACHACON TORRES	1049832800				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	RODRIGO CONEO AYOLA	1051895628				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	ROSALIA MEZA AVILA	1051895312				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	SAMUEL DAVID ALCAZAR AVILA	1049832806				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	SANTIAGO ACEVEDO ORTEGA	1049832858				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	SARA SOFIA GRAU HERRERA	1049832737				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	SARA SOFIA VASQUEZ GARZON	1049832788				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

GLORIS 1 A 2

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

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:__NOVIEMBRE_

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	B ENESTAREINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un gulón si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ARIATNY SANDOVAL HERRERA	1049832872				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	ARAN ANDRES JIMENEZ PALACIOS	1049832900				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	ARIANGELIS SOFIA ZABALETA OSPINO	1051895542				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	BIANIS SOFIA MISAC MORENO	1050980212				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	LYAM RAFAEL ACEVEDO CERVANTES	1049832804				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	DEIDANYS CONEO MENDOZA	1049832794				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	EIMY CHANEL PEREZ LARA	1049832898				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
13	ELIZABETH VILLAREAL BARRIOS	1049832612				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	ENER LUIS MONTALVAN REBOLLEDO	1049832793				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
15	ETHAN DAVID GRAU CONEO	1051895302				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
16	FRANK MATHIAS MARRUGO BARBOZA	1049832563				x		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
17	FRANYELIS MARIA AYOLA DIAZ	1049832678																						

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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

Powered by CamScanner

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:__NOVIEMBRE_

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 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	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	GENESIS VALENTINA AYOLA ORTEGA	1049832758				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	GLEIMAR SARMIENTO JIMENEZ	1049832556				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	ISABELLA SOFIA CORONEL ALCAZAR	1051895200				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
4	JEAN PIERE SARMIENTO MORALES	1049832725				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
5	JUAN DAVID IMITOLA VANEGA	1240493895				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	WENDY JULIANA JUNCO GAVIRIA	1049832578				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
14	XIANNA MAR MARIN PEREZ	1051895669																						
15																								
16																								
17																								

LUZ E. 1 A 2

Observaciones:

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma: _____
Nombre legible de quien entrega:

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

Powered by CamScanner

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA:__NOVIEMBRE_

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	JOSHUA DAVID GUARDO TORRES	1049832963				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Sindy Torres Cantillo	1047484483	Sindy
2	ALAN DAVID SIERRA HERRERA	1051895557				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Dimeris Herrera	1002315324	Dimeris
3	ALEXANYS EDERLYANIS PADILLA BARRIOS	1049832899				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					• Enif	60364148	Enif.
4	ANGEL JESUS BERDUGO CANTILLO	1051895605				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					• Mayerlis C	1002315670	Mayerlis
5	ANGEL DAVID MORALES RODRIGUEZ	1051895563				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					-Yasmina	1143935944	-Yasmina
6	ANIBAL JOSE ESTIPITIA MIRANDA	1051895510				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					• Yirina	104982660	Yirina
7	ANTONELLA GONZALEZ CAJAR	1051895250				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yana B.	1043296875	Yana
8	DASTYN FUENTES MANJARREZ	1051895497				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yolana Manjar	33026246	Yolana Manjar
9	EDGAR JOSE PUELLO CABARCAS	1049832674				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Maria Puello Cabarcas	1047847665	Maria
10	EMHIR CASTILLO ZABALETA	1049832637				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					• Yenifer Zo	1049832637	Yenifer Zo
11	ESTHER JOHANA MENDOZA RIPOLL	1049832825				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					• RENSON	1051897984	RENSON
12	IRIS VALENTINA BUELVAS TABORDA	1049832740				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					• ROSA	1047498157	ROSA
13	JAIRO ANDRES BALLESTA PADILLA	1051895237				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					• Yojana P.	1051896412	Yojana P.
14	SAMUEL ELIAS SALCEDO BARBOZA	1201290674				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Liz Carolina Garcia C	1049828508	Liz Carolina
15	KAROLL MICHELL PARRA TORO	1049832729				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Aurelio Toro	1049830872	
16	KEILIANYS LARA CONEO	1051895331				X		500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Carmelita	33251419	Carmelita
17	KEINER ANDRES MARTINEZ SALGADO	1049832850																					Lorena	2713962	Lorena

NARLYS A Z

Observaciones:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Powered by CamScanner

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA:__NOVIEMBRE_

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	B.ENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	KEINIS SOFIA JULIO ESCORCIA	1051895594					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Adrianis Escorcia	1002200478	Adrianis
2	LAUREN SOFIA HERNANDEZ ORTIZ	1049832803					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Lorena Hernandez	1002376918	Lorena
3	LIAM ELOY JUNCO CARABALLO	1051895582					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Juana C.	1002376918	Juana
4	LUIS ALEJANDRO LOPEZ CORREA	1049832655					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Ruth Moneta	1002345006	Ruth
5	ORLANDO NOEL AYOLA	1051895571					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Carmen Maria	1233025173	Carmen
6	RICARDO TOMAS SALCEDO NAVAS	1051895314					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Rubelis Navas	5122254	Rubelis Navas
7	SAHORY SOFIA AYOLA GOMEZ	1049832844					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yoelis Gomez	1235[illegible]	Yoelis
8	SARAIMI ESTER LARA CORTINA	1051895462					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yorgelis Cura	1[illegible]	Yorgelis
9	SKARLY MARIA CABARCAS VICTOR	1051895323					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Mariana Uca. P	1049831076	Mariana
10	YARILUZ CASTILLO PUERTA	1049832866					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Juan Fred. C	1049825410	Juan
11	YEIITH BRAND BELLIDO COAVAS	1051895505					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Wendy Yanes	1001877980	Wendy
12	YEIKARIS SOFIA ROMERO PRIETO	1049832880					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500					Yorleis Rosario	1003768278	Yorleis
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

NARLY LAZ

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

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

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:__NOVIEMBRE_

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	SEMOLINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	LUIS SANTIAGO JINETE BATISTA	1049832632					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
2	MAITEHT SOFIA LEON TORREGLOSA	1049832693					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
3	MARILEYS SOFIA CASTRO RAMIREZ	1051895621					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 JULIO ROMERO	1044942123					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
6	MOISES DAVID LOPEZ CONEO	1049832864					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
7	MONSERRATH SOFIA CORREA CONEO	1235051933					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
8	SHEILYN SOFIA CONTRERAS CARDALES	1051895668					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
9	SHAMUEL NAHYS BARRIOS BATISTA	1049832891					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
10	THIAGO MANUEL MELGAREJO CASTRO	1120759037					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
11	YARA ISABEL VERGARA PAEZ	1124088988					X	500	1000	500		900	1650	1000		500		500						
12	YOMAIRA LUCIA CASTELLARES ORTIZ	1101214050																						
13	Naella Sofia Altamar R																							
14																								
15																								
16																								
17																								

UDS 1 A 2

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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

Powered by CamScanner

NOV

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____HOGAR FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Recesa_____ Otra __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: NOVIEMBRE_

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

DIRECCION 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 RACIÓN
				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	AZUCAR EN TODAS SUS PRESENTACIONES	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ALANNA JULIETA CONEO SALCEDO	1049833039			X			500	1000				825	1000		500							Valeria S	1049833039	Valeria
2	GAEL YESID MUÑOZ CERPA	1051895767			X			500	1000				825	1000		500							Juana	1002316355	Juana
3	KIARA YULIETH SALCEDO BATISTA	1049832935			X			500	1000				825	1000		500							Kiara	1049832935	Kiara
4	SHAIRA MILETH PALACIN SALCEDO	1049832980			X			500	1000				825	1000		500							Yuberlis R	1049832980	Yuberlis
5	VIELKA PAOLA ZUÑIGA SALCEDO	1049832981			X			500	1000				825	1000		500							Yuberlis R	1051895448	Yuberlis
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

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:_NOVIEMBRE__

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)										Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	BIENESTARINA						
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	ADRIAN DAVID SINISTERRA PINEDA	1049832954			X			500	1000				825	1000		500							Adriana Andrea	1049832954	
2	ALBER EDUARDO HERRERA CABRERA	1049833006			X			500	1000				825	1000		500							Mariajose Kenis Robles	1049833006	
3	BRIANA SOFIA BABILONIA RAMOS	1048473691			X			500	1000				825	1000		500							Claudia Villamil	1049833043	
4	CAMILO ANDRES PEREZ HERNANDEZ	1051895875			X			500	1000				825	1000		500							Yuyis Pinto	1003134236	
5	GIANNA CAROLINA BERMUDEZ VILLAMIL	1049833043			X			500	1000				825	1000		500							Yuyis Pinto	1003134236	
6	KIARA VALENTINA ORTEGA PINTO	1238349743			X			500	1000				825	1000		500							Yuyis Pinto	1003134236	
7	EMILY ZABALETA ORTEGON	1049833050			X			500	1000				825	1000		500							Yuyis Pinto	1003134236	
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

GISELA 6 A 11

Observaciones:

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

Versión 3

Clasificación de la Información: Público

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA:_NOVIEMBRE__

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	KARIN JULIET ARANGO CONEO	1049833035			X			500	1000				825	1000		500							Isabel C	92682450	Isabel
2	DILAN ANDRES SANCHEZ TAMARA	1049832973			X			500	1000				825	1000		500							Carlos	923887	Carlo
3	IAN JOSE VILLAREAL BARRIOS	1049833003			X			500	1000				825	1000		500							Lisney Barrios	1002312662	Lisney.
4	ANDRYS VALENTINA MELGAREJO MORALES	1049833022			X			500	1000				825	1000		500							Angie	x 1003160	Angel
5	NELLY MAR SERPA CORREA	1049833029			X			500	1000				825	1000		500							Rosa Correa	1002376	Rosa
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

LUZ E. 6 A 11

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

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

Powered by CamScanner

[illegible]

REGIONAL: ___ BOLÍVAR ___ CENTRO ZONAL: ___ [illegible] ___ MUNICIPIO: ___ [illegible] ___

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ___ [illegible] ___

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE ATENCIÓN: ___

RACIÓN: [illegible] __X__ [illegible] ___ Otra ___ Especifique ___

MES DE ENTREGA: [illegible]

NOMBRE DE LA EAS: [illegible] ___ NOMBRE DE LA UDS: [illegible] ___

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: Mujeres en periodo de gestación / lactancia	Grupo poblacional: Niños y niñas de 6 meses a 11 meses	Grupo poblacional: Niños y niñas de 1 a 2 años 11 meses	Grupo poblacional: Niños y niñas de 3 a 4 años 11 meses	Conformación ración para preparar (RPP): Arroz blanco	Pastas	Harina de maíz	Harina de trigo	Leche de vaca entera en polvo	Huevo de gallina	Fríjol	Lenteja	Aceite de girasol o maíz o soya	Panela	Avena en hojuela	Alimento de alto valor nutricional: Bienestarina				[illegible]	[illegible]	[illegible]
								Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
	EUFELET MORALES HERNANDEZ	1049832940			x			500	1000				825	1000		500							Berenice morales	[illegible]	[illegible]
	GUADALUPE ACEVEDO ACOSTA	1049832951			x			500	1000				825	1000		500							Yulissa Acosta	[illegible]	[illegible]
	VALERIA SOFIA DE LAS AGUAS CASTILLO	1051895830			x			500	1000				825	1000		500							[illegible]	[illegible]	[illegible]
	JOSUE DAVID CONEO SALCEDO	1049833016			x			500	1000				825	1000		500							[illegible]	[illegible]	[illegible]
	MIGUEL ANGEL MORALES BOLIVAR	1051895892			x			500	1000				825	1000		500							[illegible]	[illegible]	[illegible]
	RONALD DAVID GONZALEZ PARADA	1049833038			x			500	1000				825	1000		500							Juan Gonzalez	[illegible]	[illegible]
	SALOME PAOLA PORTO RUIZ	1049832984			x			500	1000				825	1000		500							Mercedes	[illegible]	[illegible]
	YASSIR JULIAN GRAU CARRIAZO	1049833045			x			500	1000				825	1000		500							[illegible]	[illegible]	[illegible]

Observaciones:

Firma: ___

Nombre legible de quien entrega:

Firma: ___

Representante Legal EAS o su delegado

[illegible]

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI.MDS.PP	25/01/2018
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:_NOVIEMBRE_

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	ALANYS NEYLETH GRAU PARDO	1049832971			X			500	1000				825	1000		500							- Mileidys P	1051841907	Mileidys
2	JAHZIEL DAVID VELASCO VICTOR	1049832947			X			500	1000				825	1000		500							- Maryuri Victor	1049829446	Maryuri
3	KARIME SOFIA ROMERO PUERTA	1049832961			X			500	1000				825	1000		500							- Merly Puerta	1007376826	- Merly Puerta
4	LUILLY KALETH PEREZ QUIROZ	1049833048			X			500	1000				825	1000		500							- Luilly Quiroz	1043653418	Luilly
5	MIA ZOE CARRIAZO SUAREZ	1049832956			X			500	1000				825	1000		500							- Yessica	1049829446	- Yessica
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

YUDIS 6 A 11

Observaciones:

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F: GFA1.PP | GFA1.PP
Versión 1 | Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: NOVIEMBRE__

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	ITZAYANA BERRIO LIÑAN	1049832989			X			500	1000				825	1000		500								
2	JESUS DAVID FUENTES RUIZ	1049832943			X			500	1000				825	1000		500								
3	KEILER ANDRES LIGARDO AYOLA	1049832913			X			500	1000				825	1000		500								
4	MIA CHANELL ALTAMAR DIAZ	1047522213			X			500	1000				825	1000		500								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

GLORIS 6 A 11

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.MOLLPP	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:__NOVIEMBRE__

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)												Alimento de alto valor Nutricional		NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN 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			Claudia	1049825	Claudia
2	EMMANUEL HERNANDEZ VILLALVA	1051894918					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Luz villalva	1049826	Luz villalva
3	ERICK DE JESUS RAMIREZ CORREA	1049832349					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			E M Ramirez	1049830	E M
4	MANUEL JOSE ROMERO TORRENEGRA	1050008477					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Claudia	23139	
5	SARA SOFIA MANJARRES DE LA CRUZ	1012471669					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Delis	1002315	Delis
6	ELIF FERNANDA SALAS ALTAMAR	1049832171					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Rosa	1057886	Rosa
7	TAMMY SOFIA SIERRA OROZCO	1049832197					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Miguel Ayd	1002315	Miguel A.
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

ELCY 3 A 5

Observaciones:

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

REGIONAL: _____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____DE LA VIRGEN Y 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:__NOVIEMBRE__

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 SALCEDO SUAREZ	1049832443					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			BERLIS	23737555	BERLIS
2	ANGELES SOFIA HERRERA JULIO	1047518824					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Sandra M.	33.026.625	Sandra.
3	DAIMARIS CHAILETH CANTILLO LARA	1049832419					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Leidy P	1049824041	
4	DERICK LIAN SEQUERA MANJARREZ	1049832051					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Salaina	33035262	Salaina.
5	EMMA SOFIA ARNEDO CASTRO	1152947627					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			LA BAQUINA	30.773.07	CANDELARIA
6	JAIR DAVID MORALES AVILA	1049832479					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yesica Avila	1002361601	Yesica P.
7	YEAN JOSE ALTAMAR RUIZ	1012473080					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Angela Ruiz	1002314615	Angela Ruiz
8	MARIA CELESTE TORREGLOSA ARROYO	1049832975					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Stephanny S	1049826270	
9	NEIFER TORREGLOSA ARROYO	1063062272					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Stephanny S	1049826271	
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones:

GISELLA 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!

Powered by CamScanner

SEDE: [illegible]

MODALIDAD: ___ INSTITUCIONAL: ___ DE LA MINGA Y TURÍSTICA ___ MUNICIPIO: ___ CLEVENCIA ___

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ___ TIEMPO FAMILIAR: ___

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: ___

RACIÓN: Almuerzo ___ X ___ Alimentación Reforzada ___ Otro ___ Especifique: ___

MES DE ENTREGA: ___ NOVIEMBRE ___

NOMBRE DE LA EAS: ___ FUNDACION CENTRO COMUNITARIO UNIDAD CRISTIANO MARTINEZ CARPETA ___ NOMBRE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: ___ DANE PUNTO DE ENTREGA: ___

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

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

N° ORDEN	NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RACIÓN (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL: ARROZ SECO PRECOCIDO / ARROZ PARA PREPARAR	GRUPO POBLACIONAL: HOJUELAS DE AVENA PARA PREPARAR	GRUPO POBLACIONAL: PASTAS LARGAS PARA PREPARAR	GRUPO POBLACIONAL: PASTAS CORTAS PARA PREPARAR	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (PP): ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAÍZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HOJUELAS DE AVENA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAÍZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ALIMENTACIÓN	Alimento de alto valor Nutricional: DIFERENCIADA		NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
								Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																
1	ELIANETH SOFIA AVILA TROCONIS	1104982458					#	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
2	EMANUEL SIMON DE LA HOZ	1129564710					#	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
3	FATIMA ANDREA SOLANO SANTOS	1129564678					#	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
4	KEBER JESUS AVILA AVILA	1104982458					#	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
5	OMAR YESID MARRUGO TROCONIS	1104982458					#	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

1. SILSIA Pa 1 0498245 8
2. Luis Liñan - 8930925 - Luis Lina
3. Linda Jaidy 1049830844 - Maria
4. Noraima A 33023707 Noraima
5. Andrus T. S 1049824584 Andrus T. S

Observaciones:

GLORIS E.A.S

Firma: ___

Nombre legible de quien entrega

Firma: ___

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROBOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI.MO13.PP | 29-05-2018
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:__NOVIEMBRE__

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)											Alimento de alto valor Nutricional		NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN EN AGUA		BIENESTARINA			
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																			
1	BLEINER BELTRAN PALENCIA	1049832455					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				
2	DANIEL JAFAR PARRA RINCON	7347391					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				
3	JULIANA DEL CARMEN SABALSA BATISTA	1049832471					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				
4	WILFRAN MORALES BOLIVAR	1201276228					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525				
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							

Observaciones:

LUZE.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!

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI 8PI13 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:__NOVIEMBRE__

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					
2	JESUS DAVID OLIVO MARRUGO	1049832614					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
3	MARCOS JOSE OVIEDO ZAMBRANO	1049832495					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
4	MARIA CAMILA HERRERA PUELLO	1051894694					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
5	STEVEN JAVIER VALDES RAMOS	7657774					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
6	YORVIS DE JESUS FERNANDEZ CAJAR	1049832466					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525					
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

NARLY 3 A 5

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.MO13.PP	29/03/2019
Version 3	Pagina 1 de 1
Clasificación de la Información: Publico	

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: __NOVIEMBRE__

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)												Alimento de alto valor Nutricional		NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN EN AGUA		BIENESTARINA			
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	CESAR RAFAEL CASTELLARES ORTIZ	1101213881					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yuliet Hn	1049582858	Yuliet Hn
2	CHANIEL SMITH FONTALVO BARRIOS	1049832534					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Paola B	30718460	Paola
3	DANIEL JESUS ALTAMAR CARABALLO	1201277876					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Kelis	1002317349	Kelis
4	DAVIANIS ISABELLA RUIZ VIDAL	1049832148					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Noreli Batista	33025965	Noreli B
5	JILARIS SOFIA SUEVIS BALVIN	1044014270					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yulis Ocasio	1049826	Yulis
6	MARIA FERNANDA GUARDO ACOSTA	1049540486					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Yudis Acosta	349029	Yudis A
7	ISACC DAVID MOSQUERA MORALES	1142951614					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Luz Kenone M	1002315	Luz Kenone
8	SULLYNIS DEL CARMEN VEGA AYOLA	1043329916					X	1000	1000	500	500	900	1650	1000		1000		500	525			Noreli 11/6/22	1044 9826	Noreli
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

YUDIS 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

Powered by CamScanner

1C 1-2 Noviembre

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.M013.PP | Versión 3 | 29/05/2019 | 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: _____

FRECUENCIA: 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 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 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 ACEITE DE 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	ANA MILENA AVILA GAVIRIA	1049829520		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
3	LAURA VANESSA HERRERA OSPINO	1007130625		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	JESSICA DEL CARMEN HERNANDEZ MORALES	1127621430		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
6	IVANNYS SOFIA CAÑAS OROZCO	1049833113		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
7	ABIGAIL DEL ROSARIO PIMENTEL ROSAS	1001897941		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
8	EIKER JOSE MERCADO ZUÑIGA	1049833073		X				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
9	ANYELA MARGARITA MENDOZA CASTILLO	1051891447		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																								

Observaciones:

ELCY GESTANTE

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.IO1.1.FP	28/03/2018
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:__NOVIEMBRE_

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	SARA EUGENIA CORTINA PUERTA	1049829866		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
2	CARLOS JOSE MARIN RODELO	1013382036		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
3	DEVIS PAOLA BARRIOS LIÑAN	1002316679		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
4	DEIMARIS ACEVEDO CORTINA	1049833150		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
5	JHONATAN DE JESUS IRIARTE AYOLA	1049826495		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
6	HEIDERICK YANCES SALCEDO	1049833104		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
7	KEYMAR DAVID CANTILLO AYOLA	1049833119		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
8	JEREMIAS OROZCO HERRERA	1049833082		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
9	JULIAN ANDRES SUAREZ ROGER	1049833098		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
10	JOHAN DAVID SUAREZ ARIZA	1137543558		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
11	MARIA PAULA AYOLA SALCEDO	1049833139		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050						
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

GLORIS GESTANTE

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI-IDO13.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:__NOVIEMBRE_

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 gulón si el alimento no se entregó en el paquete.																				
1	KAYLANIS SOFIA TRUJILLO GAVIRIA	1049833114		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Ana Isabel		Ana Isabel
2	GENESIS FUENTES BLANCO	1049833070		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				ARIANIS B.	1002847542	ARIANIS B.
3	DANIELA HERRERA AYOLA	1002316186		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Daniela	1002316186	Daniela
4	KATIA MARGARITA BARRIOS VASQUEZ	1049828562		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Katia B	1049828562	Katia B
5	JIMENA PAOLA BOLIVAR GELIS	1143349818		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Jimena	1143349818	Jimena
6	LUIS ANDRES HOYOS ESMERAL	1049833080		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Mario d	1049833080	Mario d
7	MAURIBEL DEL CARMEN VILLALOBOS CORTINA	6422275		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Mauribel	6422275	Mauribel
8	LUIS FELIPE GUARDO BLANCO	1049833094		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Betty o	1049833094	BETTY
9	VIVIANIS YAREH AYOLA MENDOZA	1049833084		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Viviana	1049833084	Viviana H
10	SANDY PATRICIA ALCAZAR MORALES	1002316671		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Sandy	1002316671	Sandy
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

LUZ E. GESTANTE

Observaciones:

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PO13.PP	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: __NOVIEMBRE_

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			• Edgar	65189458	Edgar.
2	YOLEIDYS PATRICIA PUELLO OROZCO	1002316856		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			• Yoleidys	1002316856	Yoleidys
3	VERONICA ANDREA AGUILAR MEDRANO	1101877000		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			• Verónica	1101877000	Verónica
4	KEITY LUCIA NISPERUZA LOPEZ	1002492788		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			Karina Arroyo	1042458685	Karina Arroyo
5	KELLY JOHANA ACEVEDO URUETA	1002315202		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			Kelly A.	1002315202	Kelly A.
6	NAYERLIS SEGUANES ALCAZAR	1002315394		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			• Nayerlis	1002315394	Nayerlis
7	AURELIS DEL CARMEN TORO ORTEGA	1049830872		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050			Aurelis Toro	1049830872	Aurelis
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

NARLY GESTANTE

Observaciones:

Firma:_____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma:_____
Nombre legible de quien entrega:

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.PO13.PP	20/03/2018
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Publica	

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

OMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: 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 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 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	JAVIER ANDRES SALCEDO ALTAMAR	1049833123		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
2	ISAELYS RUIZ TORRES	100023313		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
3	NOEMI LUCIA ANGULO MARRUGO	1049833106		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
4	YULEISY MORALES PEREZ	1007576818		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
5	CATALEYA BATISTA CANTILLO	1049833132		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
6	KERLY VANESSA AYOLA MIRANDA	1041976687		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
7	ROSA ELENA LIÑAN GUTIERREZ	1238340400		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
8	SHADDAI OROZCO ACEVEDO	1049833088		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050					
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Observaciones: El acudiente de Cataleya Batista Cantillo firmo en el espacio en blanco

YUDIS GESTANTE

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Firma:_____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____MEDIO FAMILIAR_____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: _NOVIEMBRE_

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

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)												Alimento de alto valor Nutricional			NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
				GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS Y 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS Y 11 MESES	ARROZ BLANCO	PASTAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	LECHE DE VACA ENTERA EN POLVO	HUEVO DE GALLINA	FRIJOL	LENTEJA	ACEITE DE GIRASOL O MAIZ O SOYA	PANELA	AVENA EN HOJUELA	ATUN	BIENESTARINA					
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	YOMAIRA PEREZ BARRIOS	1002317124		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yomaira P	1002317124	Yomaira P
2	ZABDIEL DAVID GUERRERO CRIADO	1051895987		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Zabdiel Guerrero Criado	1051895987	Zabdiel
3	EMILIO DE JESUS ESPITIA IGLESIA	1049833077		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Jean Espitia	1049833077	Jean
4	YANEIDYS SOFIA ORTEGA MEZA	1049833069		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Emilio de Jesus Espitia Iglesia	1049833077	Emilio
5	ANA MILENA MARRIAGA PEREZ	1193319962		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Yaneidys Sofia Ortega Meza	1049833069	Yaneidys
6	VANESA VELASCO DE LA HOZ	1043655874		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Ana Milena Marriaga Perez	1193319962	Ana
7	YOSIMAR CONEO MARIN	1049827387		x				1500	1500	2000	1000	2700	1650	1000	500	900	1000		1050				Vanesa Velasco de la Hoz	1043655874	Vanesa
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									

GISELA GESTANTE

Observaciones:

Firma: _____
Representante Legal EAS o su delegado

Firma: _____
Nombre legible de quien entrega:

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

Powered by CamScanner