REGIONAL: ___BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____MOMPOX_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Vacacional o Receso_____ Otra __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA IOAR: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDA/UNA /UCA: UCA NIÑ PRIMEROS PASOS 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 6#9-45 BRR LAS FLORES

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13472615

| Nº ITEM | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Nota: Diligenciar para la primera entrega de la RPP | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guion si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | KELLYN SOFIA PEÑEREZ GARCIA | 1050488810 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 180 | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 | 217 | 250GR | 30 U | 118 | 118 | 500ML | 250GR | | | BENITA GARCIA | 3904782 | Benita G. |
| 2 | EMMA GOMEZ CAPATAZ | 1050400844 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 180 | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 | 217 | 250GR | 30 U | 118 | 118 | 500ML | 250GR | | | MARELIS MEZA BELLO | 30795587 | Marelis M. |
| 3 | AISE CAROLINA LOPEZ GONZALES | 1050400871 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 180 | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 | 217 | 250GR | 30 U | 118 | 118 | 500ML | 250GR | | | ASTRID GONZALEZ | 1002334880 | Astrid G. |
| 4 | DYLAN JAZIEL PADILLA AMARIS | 1079681059 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 180 | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 | 217 | 250GR | 30 U | 118 | 118 | 500ML | 250GR | | | JOHANDY AMARIS | 1085101134 | Johandy A. |
| 5 | CRISTIAN DAVID BENAVIDAES SALAS | 1216086294 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 180 | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 | 217 | 250GR | 30 U | 118 | 118 | 500ML | 250GR | | | LISETH CAROLINA SALAS | 1085337310 | Liseth |
| 6 | DARIO DIDIL ESTUANEZ CARMONA | 1050400842 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 180 | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 | 217 | 250GR | 30 U | 118 | 118 | 500ML | 250GR | | | GABRIELA CARMONA | 69549 41 | Gabriela C. |
| 7 | EMILU YANA PUT MORA | 1050400809 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 180 | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 | 217 | 250GR | 30 U | 118 | 118 | 500ML | 250GR | | | DAMARIS MORA | 1002353786 | Damaris M. |
| 8 | LIAM DAVID CERPA MEZA | 1050400852 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 180 | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 | 217 | 250GR | 30 U | 118 | 118 | 500ML | 250GR | | | ADRIANA MEZA | 1002353846 | Adriana |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Edenis M Mora

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal OAS o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: MOMPOX MUNICIPIO: EL PEÑON

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACION: Mensual ___X___ Vacacional o Fiestas _____ Otra ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UCSUMA XJCA _ IMS PRIMERO PASOS I

DIRECCION DEL PUNTO DE ENTREGA: ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 4 #4-06 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1107300107

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DDMMAAAA) (Solo la primera vez, para el siguiente mes pasa a la otra) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DDMMAAAA) | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | MELISSA MARES RUIZ | 1007961585 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | X | | | | 260 | 160 | 160 | 0.8 | 1.0 | 1.0 | 160 | 160 | 160 | ML | 90GR | 25GR | 50U | 160 | 160 | 1L | 1.0 | MELISSA MARES RUIZ | 1007961585 | -MP.30 B.R |
| 2 | JEDI JOHANA BARRIOS GARCIA | 1043347045 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | X | | | | 260 | 160 | 160 | 0.8 | 1.0 | 1.0 | 160 | 160 | 160 | ML | 90GR | 25GR | 50U | 160 | 160 | 1L | 1.0 | JEDI JOHANA BARRIOS GARCIA | 1043347045 | Jedi B.G |
| 3 | GINA MARCELA RIVERA ATENCIO | 1233906434 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | X | | | | 260 | 160 | 160 | 0.8 | 1.0 | 1.0 | 160 | 160 | 160 | ML | 90GR | 25GR | 50U | 160 | 160 | 1L | 1.0 | GINA MARCELA RIVERA ATENCIO | 1233906434 | Yma |
| 4 | MARYELI HERNANDEZ MARTINEZ | 1002010023 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | X | | | | 260 | 160 | 160 | 0.8 | 1.0 | 1.0 | 160 | 160 | 160 | ML | 90GR | 25GR | 50U | 160 | 160 | 1L | 1.0 | MARYELI HERNANDEZ MARTINEZ | 1002010023 | Maryeli |
| 5 | GABRIELA CARMONA | 9254845 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | X | | | | 260 | 160 | 160 | 0.8 | 1.0 | 1.0 | 160 | 160 | 160 | ML | 90GR | 25GR | 50U | 160 | 160 | 1L | 1.0 | GABRIELA CARMONA | 9254845 | Gabriela |
| 6 | EMER PERO CASTILLO MORENO | 1010889867 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | | X | | | 260 | 160 | 160 | 0.8 | 1.0 | 1.0 | 160 | 160 | 160 | ML | 90GR | 25GR | 50U | 160 | 160 | 1L | 1.0 | PERLIS MORENO NIETO | 1052217 | Perlis M. |
| 7 | LUCIANA CARLOS HERNANDEZ | 1002403332 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | | X | | | 260 | 160 | 160 | 0.8 | 1.0 | 1.0 | 160 | 160 | 160 | ML | 90GR | 25GR | 50U | 160 | 160 | 1L | 1.0 | PAURO HERNANDEZ | 1002354176 | Ingri H |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Edeis M. Mozad

Nombre legible de quien entrega:

Firma: M.P.

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

REGIONAL: ___ BOLIVAR _____ CENTRO ZONAL: _____ SEDE/PDI: _____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

ZONA: Rural __X__ Urbano _____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA/ UCA: UCA MIS PRIMEROS PASOS 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE [illegible] BRR LAS FLORES

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13073001S

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Nota: [illegible] | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPF (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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | DARIANNA SOFIA VALLE OYAGA | 1010451014 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1SU | 1LB | 500ML | | | | | | | | MARIA VICTORIA OYAGA | 73155300 | Maria Victoria |
| 2 | LEONA CONTI PARDO | 1042518888 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1SU | 1LB | 500ML | | | | | | | | GINA PAOLA PARDO | 1128857408 | Gpardo |
| 3 | JUAN CAMILO DE VOZ RICO | 1052962044 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1SU | 1LB | 500ML | | | | | | | | ALVARO DE VOZ | 73159300 | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Entrego y recibo

Nombre y registro de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN 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: _____MOMPOS_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Vacacional o Recreo_____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: UCA MIS PRIMEROS PASOS 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE [illegible] EAR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1307[illegible]

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Marque (X) solamente para la primera entrega de la RPD | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | DARIANNA SOFIA VALLE OYAGA | 1050401014 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | / | | | | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1SU | 1LB | 500ML | | | | | | | | | MARIA VICTORIA OYAGA | 1007353642 | María Victo... |
| 2 | LEON CONTI PARDO | 1042598888 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | > | | | | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1SU | 1LB | 500ML | | | | | | | | | GINA PAOLA PARDO | 1[illegible]57[illegible] | Gina P. |
| 3 | JUAN CAMILO DE VOZ PICO | 1050782044 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | " | | | | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1SU | 1LB | 500ML | | | | | | | | | ALVARO DE VOZ | 73[illegible]3 | J. Vozde Voz |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones

Firma Edwar Ivy maria L

Nombre legible de quien entrega

Firma MP

Representante Legal EAS o su delegado

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS ESTÁN 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: MOMPOX MUNICIPIO: EL PEÑON

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual X Vacacional o Recreo Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA II/CA: UCA IRE PIONEROS PASOS 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE MR-01 S/N LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13672001187

| # Orden | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DDMMAAAA) Nota: SOLAMENTE PARA NUEVOS INGRESOS DESPUES DE LA ENTREGA | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DDMMAAAA) | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada e colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | YERUS VOHECIA KETTYL | 1045403800 | 6/03/2015 | 26/03/2015 | | X | | | 190 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 117 | 250GR | 50 G | 110 | 110 | 300ML | 250G | BETTY VOHECIA | 1002353565 | |
| 3 | MARIA CELESTE MEZA RAMOS | 1214890028 | 6/03/2015 | 26/03/2015 | | X | | | 190 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 117 | 250GR | 50 G | 110 | 110 | 300ML | 250G | CARMEN RAMOS | 33960699 | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones

Firma: Edwar Meza

Nombre y cargo de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: ____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____MOMPOX_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual: __X___ Vacacional o Escuela:_____ Otra: __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDER FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA /AIC/A: UCA PEÑONCITO 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE M9-00 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13473001187

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Nota: Diligenciar solo si presenta novedad de la ETF) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA SPAE (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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | BRIANNA VALENTINA ROJAS RODRIGUEZ | 1216864636 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | VALENTINA RODRIGUEZ | 1007580 | Valentina R. |
| 2 | ZY ALEXANDRA RODRIGUEZ RODRIGU | 1216865121 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | VALENTINA RODRIGUEZ | 1007580 | Valentina |
| 3 | DEYSI LILIANA ZABALETA RANGEL | 1216865179 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | MILEDIS RANGEL | 1297[illegible] | [illegible] |
| 4 | AINHARA JOHANA RANGEL GARCIA | 1079693906 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | YELENA GARCIA | 1[illegible] | [illegible] |
| 5 | CATALEYA ZABALETA CABALLERO | 1050400894 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | VEREIDA CABALLERO | 1050337[illegible] | Vereida C. |
| 6 | SHAYDI DANIELA MARTINEZ ALFARO | 1050402860 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | OSCAR MARTINEZ | [illegible] | [illegible] |
| 7 | LUANYS MARCELA MARTINEZ ROJAS | 1005400948 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | DAYANA ROJAS | 1050[illegible] | [illegible] |
| 8 | DARALYS SOFIA AREVALO BELEÑO | 1050400534 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | YARETH BELEÑO | [illegible] | [illegible] |
| 9 | KEYLEV CONTENTO SORACA | 1050400855 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | RAMON SORACA | 1085[illegible] | [illegible] |
| 10 | ELIA SAID RANGEL OTARALO | 1050400990 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | ELIZABETH OTARALO | [illegible] | [illegible] |
| 11 | MARIEL JOSE CABALLERO QUINTERO | 1050400968 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | MARGARITA QUINTERO | 7.[illegible] | [illegible] |
| 12 | GAEL JOSE ALHOA ROJAS | 1050400981 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | KATTY ROJAS | [illegible] | [illegible] |
| 13 | ZAITH JESUS OLIVARES GALVAN | 1050400987 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | SANDRA SANABRIA | 2216[illegible] | [illegible] |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Gisela Salazar.

Nombre legible de quien entrega

Firma: María Parra

Representante Legal EAS o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: MONPOS MUNICIPIO: EL PEÑON

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacacional o Recreativa _____ Otra ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA SUCA _ PEÑONCITO 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 0 # 0-41 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1301700107

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Dentro del periodo ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ADRIANA SAMANTA MENDOZA CABRERA | 1102462367 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | | X | | | 240 | 180 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 180 | 15 | 90GR | 250GR | 150 | 180 | 180 | 1 | 1.8 | | 1082359076 | Adriana C |
| 2 | KARLA CELESTE GOMEZ CABALLERO | 1102462366 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | | X | | | 240 | 180 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 180 | 15 | 90GR | 250GR | 150 | 180 | 180 | 1 | 1.8 | | 1083102384 | Karla Gomez |
| 3 | AYLIN NIETH HERRERA MACIAS | 1102548043 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 240 | 180 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 180 | 15 | 90GR | 250GR | 150 | 180 | 180 | 1 | 1.8 | | 1050782093 | Aylin Pedroza |
| 4 | EDILMA PATRICIA PADILLA MEDINA | 1050134180 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 240 | 180 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 180 | 15 | 90GR | 250GR | 150 | 180 | 180 | 1 | 1.8 | | 1082394185 | Edilma Padilla |
| 5 | GISELA MARIA MARTINEZ MEZA | 1050157760 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 240 | 180 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 180 | 15 | 90GR | 250GR | 150 | 180 | 180 | 1 | 1.8 | | 1050794110 | Gisela H |
| 6 | MIRANDELA HOLGUIN GARCIA | 1082393180 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 240 | 180 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 180 | 15 | 90GR | 250GR | 150 | 180 | 180 | 1 | 1.8 | | 1082395180 | Raza 3/a |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Gisela Solazar

Nombre legible de quien entrega

Firma: M.P.

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR  CENTRO ZONAL: MOMPOS  MUNICIPIO: EL PEÑON

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacacional o Fiesta_____ Otro __Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA  NOMBRE DE LA USUARIA/UCA _PEÑONCITO

DIRECCION DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 8 # 9-01 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13673001107

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | # IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | LARDY PALOMA LOBO GARCIA | 1010 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | | X | | | 200 | 140 | 140 | 110 | 110 | 110 | 140 | 140 | 140 | 1L | 90GR | 250GR | 90cc | 140 | 140 | 1L | 110 | MARITH GARCIA | 1.63.398.778 | Sayrith G. |
| 2 | YORIS LEANIS SILVA VENECIA | 1002 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | | X | | | 200 | 140 | 140 | 110 | 110 | 110 | 140 | 140 | 140 | 1L | 90GR | 250GR | 90cc | 140 | 140 | 1L | 110 | LUZ NERY SILVA | 1.063.798.706 | Luz Silva |
| 3 | [illegible] | 1002 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | | X | | | 200 | 140 | 140 | 110 | 110 | 110 | 140 | 140 | 140 | 1L | 90GR | 250GR | 90cc | 140 | 140 | 1L | 110 | LUCILA CORDOBA | 1193.158.[illegible] | [illegible] |
| 4 | ASHLEY MALENA PERDOMO QUETTE | 1004 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | | X | | | 200 | 140 | 140 | 110 | 110 | 110 | 140 | 140 | 140 | 1L | 90GR | 250GR | 90cc | 140 | 140 | 1L | 110 | NIDIA QUETTE | 1.085.093.796 | Nidia |
| 5 | LUZ AYDEE LEON HENRIQUEZ | 1004 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | | X | | | 200 | 140 | 140 | 110 | 110 | 110 | 140 | 140 | 140 | 1L | 90GR | 250GR | 90cc | 140 | 140 | 1L | 110 | ALEXANDRA P. [illegible] | 1.193.5[illegible] | [illegible] |
| 6 | [illegible] | 1003 | 6/03/2023 | 28/03/2023 | X | | | | 200 | 140 | 140 | 110 | 110 | 110 | 140 | 140 | 140 | 1L | 90GR | 250GR | 90cc | 140 | 140 | 1L | 110 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 7 | MARIA ALEJANDRA [illegible] | 1004 | 6/03/2023 | [illegible] | X | | | | 200 | 140 | 140 | 110 | 110 | 110 | 140 | 140 | 140 | 1L | 90GR | 250GR | 90cc | 140 | 140 | 1L | 110 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Heladis Hoyos

Nombre legible de quien entrega:

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

REGIONAL: ___BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____MUNICIPIO_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

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

MES DE ENTREGA: MARZO
NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UCA/UBA: UCA PEÑONCITO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 5#6-01 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1347300107

| # | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Nota: Diligenciarlo para la primera entrega de la RCD | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RCP (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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada e coloque un punto si el alimento no se entregó en el preparte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | MARCOS MEDINA LOPEZ | 1050400988 | | 28/03/2023 | x | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | | | | | | | | | |
| 2 | JAIRE JAVIER MESA MEDINA | 1050400039 | | 28/03/2023 | x | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | | | | | | | | | |
| 3 | MOISES AMADEO LIMA MACHUCA | 1050401039 | | 28/03/2023 | x | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | | | | | | | | | |
| 4 | PAULETTE HELENA GONZALEZ ARIAS | 1050401001 | | 28/03/2023 | x | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | | | | | | | | | |
| 5 | LIAM GAEL LERMA DELGADO | 1050401003 | | 28/03/2023 | x | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones: _____

Nombre: Yuladis Mario
Nombre legible de quien entrega

Firma: MP
Representante Legal EAS o su Delegado

Antes de imprimir este documento ¿piense en el medio ambiente?
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN 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: _____MOMPOS_____ MUNICIPIO: ___EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

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

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA ERE: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA SEDE/UBA /AICA: UCA PEÑONCITO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 6#9-43 BRR LAS FLOREZ

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13012601187

| N° usuario | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Nuevo (diligenciar para nuevos ingresos posteriores a la primera entrega de RPP) | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | JERONIMO CENTENO CASSIANI | 1050400960 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 80 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | CYNTHIA CASSIANI | 1050038977 | Cynthia |
| 2 | JOHANGELYS BAQUERO YEPEZ | 1050400869 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 80 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | YELYS A YEPEZ | 1050396351 | Yelis |
| 3 | SOLIMAR NAVARRO CADENA | 1050400955 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 80 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | MARIA C CADENA | 1050399828 | Maria |
| 4 | REYHAN LOPEZ NAVARRO | 1050400876 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 80 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | GIOVANNA NAVARRO | 1244012626 | Giovanna |
| 5 | LUCIANA ARIAS CADENA | 1050400991 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 80 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | SOFIA CADENA RUIZ | 1050398804 | Sofia C |
| 6 | AYLIN PAOLA HOYOS PAVAJAU | 1234564453 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 80 U | 1LB | 1LB | 500ML | 250GR | | | MARIA PAVAJAU | 1054998111 | Maria |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Heladis Heca

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal IAS o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: MONPOS MUNICIPIO: EL PEÑON

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Diario ___X___ Vacacional o Nocturno _____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS FUNDACION EMPRENDER FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA SEDE/UNIDAD/CASA_ MIS PUPILOS

DIRECCION DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 8 # 8-141 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1347350147

| N° | NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° DOCUMENTO | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (SOLO APLICA PARA NUEVOS INGRESOS EN EL MES) | FECHA DE ENTREGA NOVEDAD 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | X | | | [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | X | | | [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | X | | | | [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | X | | | | [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | X | | | | [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | X | | | | [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | | | | [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Nena Ruiz Baena

Nombre legible de quien recibe

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

REGIONAL: ___BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____MOMPOS_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Visualores a Pacos_____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO
NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UCI/UNIDAD/UCA: MIS PUPILOS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE MR-40 BAR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13673001107

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Madres gestantes y lactantes: fecha de inicio de la atención dentro de la UCI | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ANGEL MATHIAS GARCIA GONZALEZ | 1050400999 | 9/03/2023 | EMPUESTO | X | | | | 11.8 | 11.8 | 3.25 | 3.25 | 11.8 | 11.8 | 7.5 U | 11.8 | 300ML | | | | | | | | MARIA GARCIA | 1002553942 | Mariangel |
| 2 | EDUAR ARIAS ARIAS | 1050401013 | 9/03/2023 | EMPUESTO | X | | | | 11.8 | 11.8 | 3.25 | 3.25 | 11.8 | 11.8 | 7.5 U | 11.8 | 300ML | | | | | | | | EDUAR ARIAS | 1050399314 | Eduar |
| 3 | ROSILIN MICHEL BERMUDEZ PLATA | 1050401002 | 9/03/2023 | EMPUESTO | X | | | | 11.8 | 11.8 | 3.25 | 3.25 | 11.8 | 11.8 | 7.5 U | 11.8 | 300ML | | | | | | | | MARIA PLATA | 1047894 | Sumara |
| 4 | ELIANA PÉREZ VENECIA | 1050401051 | 9/03/2023 | EMPUESTO | X | | | | 11.8 | 11.8 | 3.25 | 3.25 | 11.8 | 11.8 | 7.5 U | 11.8 | 300ML | | | | | | | | TERESITA DE PEREZ | 1050398169 | Diana |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Nombre: Nelis Quiroz Carcir
Nombre legible de quien entrega

Nombre: HP
Representante Legal EAS o su delegado

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: ___BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____ MUNICIPIO: _____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Vacaciones o Recreo_____ Otro __Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA IOAR: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UBICACIÓN (UCA): UCA PEÑONCITO 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 649 #3 SUR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1317300157

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Nota: DILIGENCIAR PARA EL REGISTRO EFECTIVO DE LA SED | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o coloque un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | MADISON SOFIA FARON MARTINEZ | 1010449917 | 6/01/2025 | 28/01/2025 | X | | | | 160 | 110 | 110 | 310 | 310 | 110 | 317 | 250GR | 30 U | 110 | 310 | 500ML | 250GR | | | | | 1050397 |
| 2 | [illegible] | [illegible] | 6/01/2025 | 28/01/2025 | X | | | | 160 | 110 | 110 | 310 | 310 | 110 | 317 | 250GR | 30 U | 110 | 310 | 500ML | 250GR | | | | | 1050398 |
| 3 | [illegible] | [illegible] | 6/01/2025 | 28/01/2025 | X | | | | 160 | 110 | 110 | 310 | 310 | 110 | 317 | 250GR | 30 U | 110 | 310 | 500ML | 250GR | | | | | 1050394 |
| 4 | [illegible] | [illegible] | 6/01/2025 | 28/01/2025 | X | | | | 160 | 110 | 110 | 310 | 310 | 110 | 317 | 250GR | 30 U | 110 | 310 | 500ML | 250GR | | | | | 1050396 |
| 5 | SAMUEL ANTONIO MARTINEZ ARAU | 1050449934 | 6/01/2025 | 28/01/2025 | X | | | | 160 | 110 | 110 | 310 | 310 | 110 | 317 | 250GR | 30 U | 110 | 310 | 500ML | 250GR | | | | | 1050397 |
| 6 | EVA LUPA CENTENO GUALDRON | 1050449958 | 6/01/2025 | 28/01/2025 | X | | | | 160 | 110 | 110 | 310 | 310 | 110 | 317 | 250GR | 30 U | 110 | 310 | 500ML | 250GR | | | | | 1003 |
| 7 | JEIMYS SHARA TORRECILLA | 1050449934 | 6/01/2025 | 28/01/2025 | X | | | | 160 | 110 | 110 | 310 | 310 | 110 | 317 | 250GR | 30 U | 110 | 310 | 500ML | 250GR | | | | | 1003 |
| 8 | LEIKER LUIS CASTRO DIAZ | 1050403958 | 6/01/2025 | 28/01/2025 | X | | | | 160 | 110 | 110 | 310 | 310 | 110 | 317 | 250GR | 30 U | 110 | 310 | 500ML | 250GR | | | | | 1006 |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Nerio Páez Garcia

Nombre y cargo de quien entrega

Firma: FIP

Representante Legal IOAR o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: ___BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____MOMPOX_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Vacaciones o Receso_____ Días __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UO/SUB/UCA: UCA PEÑONCITO 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 8#9-01 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1387000157

| Nº USUARIO | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Modalidad, (atención para niños, niñas, entre los 6 y los 60 años) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | COMPOSICIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | | | | | | | | | | Alimento de alto valor Nutricional | | | | NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | ARROZ | AVENA | HARINA DE PLATANO | HARINA DE TRIGO | PASTA | AZUCAR | ACEITE | LENTEJA | ARVEJA SECA | FRIJOL | ATUN | LECHE | ALIMENTO ENERGETICO | PANELA | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada e colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | [illegible] | 1050400917 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 20G | 11G | 11G | 11G | 11G | 11G | 31T | 250GR | 30 U | 11G | 11G | 500ML | 250GR | | | | [illegible] | 1050398 | |
| 2 | [illegible] | 1050400950 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 20G | 11G | 11G | 11G | 11G | 11G | 31T | 250GR | 30 U | 11G | 11G | 500ML | 250GR | | | | [illegible] | 1050398 | |
| 3 | [illegible] | 1050400980 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 20G | 11G | 11G | 11G | 11G | 11G | 31T | 250GR | 30 U | 11G | 11G | 500ML | 250GR | | | | [illegible] | 1050398 | |
| 4 | [illegible] | 1050400965 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 20G | 11G | 11G | 11G | 11G | 11G | 31T | 250GR | 30 U | 11G | 11G | 500ML | 250GR | | | | [illegible] | 1050396 | |
| 5 | [illegible] | 1050400991 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 20G | 11G | 11G | 11G | 11G | 11G | 31T | 250GR | 30 U | 11G | 11G | 500ML | 250GR | | | | [illegible] | 1050396 | |
| 6 | [illegible] | 1050400918 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 20G | 11G | 11G | 11G | 11G | 11G | 31T | 250GR | 30 U | 11G | 11G | 500ML | 250GR | | | | [illegible] | 1002396 | |
| 7 | [illegible] | 1050400834 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 20G | 11G | 11G | 11G | 11G | 11G | 31T | 250GR | 30 U | 11G | 11G | 500ML | 250GR | | | | [illegible] | 1002355 | |
| 8 | [illegible] | 1050400968 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 20G | 11G | 11G | 11G | 11G | 11G | 31T | 250GR | 30 U | 11G | 11G | 500ML | 250GR | | | | [illegible] | 1006888 | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Nelvo Páez Gaviria

Nombre legible de quien entrega

Firma: HP

Representante Legal/SAS o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: MOMPOX MUNICIPIO: EL PEÑON

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacacional o Ramos _____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UCIAMA ACA _ MIS PRIMEROS PASOS 2

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 8 8-40 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1307390107

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Edad en meses para menores de 2 años (0 a 23 meses) | FECHA DE ENTREGA ACTUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | | | | | | | | | | | | Alimento de alto valor Nutricional | | | | NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | [illegible] | 1010109658 | | | X | | | | 260 | 190 | 160 | 1LB | 1LB | 5LB | 160 | 160 | 190 | 6L | 900GR | 250GR | 90U | 1KG | 100 | 1L | 1LB | [illegible] | [illegible] | Nelis |
| 2 | [illegible] | 1101206050 | | | X | | | | 260 | 190 | 160 | 1LB | 1LB | 5LB | 160 | 160 | 190 | 6L | 900GR | 250GR | 90U | 1KG | 100 | 1L | 1LB | [illegible] | [illegible] | Yulieth |
| 3 | [illegible] | 1010107520 | | | | X | | | 260 | 190 | 160 | 1LB | 1LB | 5LB | 160 | 160 | 190 | 6L | 900GR | 250GR | 90U | 1KG | 100 | 1L | 1LB | [illegible] | [illegible] | Yulis |
| 4 | [illegible] | 1310096864 | | | | X | | | 260 | 190 | 160 | 1LB | 1LB | 5LB | 160 | 160 | 190 | 6L | 900GR | 250GR | 90U | 1KG | 100 | 1L | 1LB | IRINA MEZA | 1193539131 | Irina |
| 5 | [illegible] | 2010401022 | | | | X | | | 260 | 190 | 160 | 1LB | 1LB | 5LB | 160 | 160 | 190 | 6L | 900GR | 250GR | 90U | 1KG | 100 | 1L | 1LB | GISELA VEGA | 1065393[illegible] | Gisella |
| 6 | [illegible] | 2010401048 | | | | X | | | 260 | 190 | 160 | 1LB | 1LB | 5LB | 160 | 160 | 190 | 6L | 900GR | 250GR | 90U | 1KG | 100 | 1L | 1LB | MARTA VEGA | 1002[illegible] | Martha |
| 7 | [illegible] | 1310096841 | | | | X | | | 260 | 190 | 160 | 1LB | 1LB | 5LB | 160 | 160 | 190 | 6L | 900GR | 250GR | 90U | 1KG | 100 | 1L | 1LB | IRINA MEZA | 1193539131 | Irina |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Nidiana M.

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

REGIONAL: ___BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____MOMPOX_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Vacacional o Escuela_____ Otra ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: UCA AIR PRIMEROS PASOS 2

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE SIN Nº SIN Las FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:1047245167

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Diligiar únicamente para la primera entrega de la RPC | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o coloque un gubio si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | LILIANA PATRICIA CADENA DIAS | 1234986341 | | | X | | | | 12.5 | 12.5 | 11.5 | 0.25 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 0.25 | 500ML | | | | | PATRICIA DIAS | 1050396... Patricia | |
| 2 | IVAN DAVID DURAN BANDERA | 1050403306 | | | X | | | | 12.5 | 12.5 | 11.5 | 0.25 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 0.25 | 500ML | | | | | DURAN BANDERA | | |
| 3 | DANNY SHULOTH CABARCAS HERRERA | 1050403307 | | | X | | | | 12.5 | 12.5 | 11.5 | 0.25 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 0.25 | 500ML | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones

Nombre legible de quien entrega

Firma

Representante legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: MOMPOX MUNICIPIO: EL PEÑON

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual 5 Vacacional o Bonos Otra Especifique:

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UO/UBA ACA: UCA MIS PRIMEROS PASOS 2

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE M9-91 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13672601B

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DDMMAAAA) (SOLO diligenciarlo para la primera entrega de la EAS) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DDMMAAAA) | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

REGIONAL: ___BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____MOMPOS_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual: __X___ Vacacionera o Recesa_____ Otra __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO
NOMBRE DE LA ENS: FUNDACION EMPRENDER FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UCI/UBA/UCA: UDA MIS PRIMEROS PASOS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE MM-41 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13472501107

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Unidad, únicamente para la primera entrega de la RPF | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPF (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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ESTEFANY SARINA MARTINEZ | 1004401024 | 4/03/2021 | 29/03/2021 | X | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 1100ML | | | | | MARLENE MARTINEZ | 1003788[illegible] | [illegible] |
| 2 | MAIRO STEVENS SIERRA | 1004401004 | 4/03/2021 | 29/03/2021 | X | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 1100ML | | | | | MERCEDES SIERRA | 1003548[illegible] | [illegible] |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma: _____ Firma: MP

Nombre legible de quien entrega Representante Legal ESE o su delegado

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: ___BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____MOMPOX_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Vacaciones o Receso _____ Otra __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: VDA MIS PRIMEROS PASOS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 6H-03 BAR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13473940187

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Nota: diligenciar para la primera entrega de la SPP | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA SPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | COMPOSICIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (KP) | | | | | | | | | | | | Alimento de alto valor Nutricional | | | | HOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada si colocar un guion si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ADRIAN TORRES MEZA | 1050400836 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 2LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 5OU | 1LB | 1LB | 900ML | 250GR | | | TATIANA MEZA | 1002554139 | Tatiana M. |
| 2 | MAYLIN PÉREZ HERNANDEZ | 1050400967 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 2LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 5OU | 1LB | 1LB | 900ML | 250GR | | | MARGARET HERNANDEZ | 1078342673 | Margareth |
| 3 | EMILIANO NAVARRO MADRID | 1050400961 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 2LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 5OU | 1LB | 1LB | 900ML | 250GR | | | VERONICA MADRID | 1193541396 | Veronica |
| 4 | ABD. DAVID TORRES SALLA | 1050400976 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 2LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 5OU | 1LB | 1LB | 900ML | 250GR | | | LADY SALLA | 1050376 | Lady Salla |
| 5 | JESUS MANUEL MEZA PINIENTA | 1216083163 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 2LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 5OU | 1LB | 1LB | 900ML | 250GR | | | HELIDYS PINIENTA | | |
| 6 | GELVER YAMITH HERNANDEZ SALVIS | 1050400872 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 2LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 5OU | 1LB | 1LB | 900ML | 250GR | | | YORVIS GALVIS | 1002345788 | Yorvis G |
| 7 | KIMBERLY SOFIA BENAVIDES OVIEDO | 1210564905 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 2LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 5OU | 1LB | 1LB | 900ML | 250GR | | | SANDRA BENAVIDES | 1068500 | Sandra B. |
| 8 | SILMER LIMA BANAVIDES | 1050400913 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 2LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 5OU | 1LB | 1LB | 900ML | 250GR | | | MARYURIS BENAVIDES | | maryuris a a |
| 9 | THIAGO ANDRES CONDE CELSA | 1050400852 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1KG | 1LB | 2LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 5OU | 1LB | 1LB | 900ML | 250GR | | | MARIA ANGELICA CELSA | 1050400 | María Alza |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma: _____ Nombre legible de quien entrega

Firma: MAP

Representante Legal EAS o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: MOMPOS MUNICIPIO: EL PEÑON

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

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

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _ IMS PRIMERO PASOS 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 2 # 9-43 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1347290187

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Diligenciar únicamente cuando entregue por primera vez la ración | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RFP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | COMFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | | | | | | | | | | | | Alimento de alto valor Nutricional | | | | 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 | LUIS MATEO TORRES CERPA | 1004443839 | | | | X | | | 340 | 140 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 140 | 0.1 | 90GR | 250GR | 500 | 140 | 140 | 1 | 0.8 | PATRICIA CERPA | 1002594[illegible] | [illegible] Gladys |
| 4 | VALETIN VALLE LIMA | 1004441835 | | | | X | | | 340 | 140 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 140 | 0.1 | 90GR | 250GR | 500 | 140 | 140 | 1 | 0.8 | GLADYS LIMA | | |
| 5 | LUIS CARANE OSPINO TORRES | 1085040149 | | | X | | | | 340 | 140 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 140 | 0.1 | 90GR | 250GR | 500 | 140 | 140 | 1 | 0.8 | LUIS CARANE OSPINO TORRES | 1085040149 | Luis Carane D. |
| 6 | LUZ ADRIANA BONIVIDES VILLARREAL | 1050291774 | | | X | | | | 340 | 140 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 140 | 0.1 | 90GR | 250GR | 500 | 140 | 140 | 1 | 0.8 | LUZ ADRIANA BONIVIDES VILLARREAL | 1050291774 | Luz Adriana |
| 7 | KELLY PATRICIA SEQUEA SEGOVIA | 1007547012 | | | X | | | | 340 | 140 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 140 | 0.1 | 90GR | 250GR | 500 | 140 | 140 | 1 | 0.8 | Y PATRICIA SEQUEA SEGOVIA | 1007547012 | Kelly Sequea |
| 8 | LUCINDA SANCTO PALENCIA CERPA | 1003599980 | | | X | | | | 340 | 140 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 140 | 0.1 | 90GR | 250GR | 500 | 140 | 140 | 1 | 0.8 | DA SANCTO PALENCIA CERPA | 1003599980 | Lucinda Sancto P. |
| 9 | SANDRA MILENA BONIVIDES OVIEDO | 1050263295 | | | X | | | | 340 | 140 | 140 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 180 | 140 | 140 | 0.1 | 90GR | 250GR | 500 | 140 | 140 | 1 | 0.8 | NA MILENA BONIVIDES OVIEDO | 1050263295 | Sandra B. |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: MP

Nombre legible de quien entrega

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

REGIONAL: ___BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____NOMPOS_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Vacaciones o Recreo_____ Otra ___Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA IUCA: UCA MIS PRIMEROS PASOS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 9W-03 B/R LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1307390107

| N° RACIÓN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Única diligenciamiento para la primera entrega de la RPP | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | SAYRETH VANESSA TRASPALACIOS MARTINEZ | 1216883474 | 6/01/2025 | 28/05/2025 | | X | | | 100 | 318 | 318 | 318 | 318 | 318 | 318 | 318 | 317 | 250GR | 30 U | 1 U | 1 U | 500ML | 250G | DUBIS MARTINEZ | 39022960 | Dubis Ma |
| 2 | EUDO ENRIQUE LIMA BENAVIDES | 1050430801 | 6/01/2025 | 28/05/2025 | | X | | | 100 | 318 | 318 | 318 | 318 | 318 | 318 | 318 | 317 | 250GR | 30 U | 1 U | 1 U | 500ML | 250G | MARYURIS BENAVIDES | | maryuri.s |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: _____

Nombre y cédula de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR  CENTRO ZONAL: MOMPOX  MUNICIPIO: EL PEÑON

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O Forma de operación: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual ___X___ Vacacional o Recreativa_____ Otra ___ Especificar: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA  NOMBRE DE LA UCG/UBA/ UCA: LOS CHARITOS

DIRECCION DEL PUNTO DE ENTREGA: ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 8 #9-05 BAR LAS FLORES

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 1307200107

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | Fecha de ingreso del usuario (DD/MM/AAAA) Fecha Retiro usuario (SOLO SI RETIRA, anterior a la N°3) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACION RACION PARA PREPARAR (RP) | | | | | | | | | | | | | | Alimento de alto valor Nutricional | | | | NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada a cubrir en gramos el peso del alimento tal y como se entrega en el paquete | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | LUZ ESTELLA VAN FLETS | 1083096324 | 6/03/2023 | 13/03/2023 | X | | | | 300 | 140 | 140 | 120 | 120 | 120 | 140 | 140 | 140 | 14 | 90GR | 250GR | 50U | 140 | 140 | 1L | 1LB | ELICTZELLA LINN FLETS | 1083096324 | Luz Estella |
| 2 | NENA MARCELA MANERO GOMEZ | 1003440971 | 6/03/2023 | 13/03/2023 | X | | | | 300 | 140 | 140 | 120 | 120 | 120 | 140 | 140 | 140 | 14 | 90GR | 250GR | 50U | 140 | 140 | 1L | 1LB | NENA MARCELA MANERO GOMEZ | 1003440971 | Nena Manero |
| 3 | WENDY MAYORCA OSPINO | 1124334462 | 6/03/2023 | 13/03/2023 | X | | | | 300 | 140 | 140 | 120 | 120 | 120 | 140 | 140 | 140 | 14 | 90GR | 250GR | 50U | 140 | 140 | 1L | 1LB | WENDY MAYORCA OSPINO | 1124334462 | Wendy |
| 4 | MARIA JOSE VETA VERGEL | 1102334372 | 6/03/2023 | 13/03/2023 | X | | | | 300 | 140 | 140 | 120 | 120 | 120 | 140 | 140 | 140 | 14 | 90GR | 250GR | 50U | 140 | 140 | 1L | 1LB | MARIA JOSE VETA VERGEL | 1102334372 | Maria Jose |
| 5 | YAMILIS MONTESINOS TORRELLA | 1084802040 | 6/03/2023 | 13/03/2023 | | X | | | 300 | 140 | 140 | 120 | 120 | 120 | 140 | 140 | 140 | 14 | 90GR | 250GR | 50U | 140 | 140 | 1L | 1LB | LINA TORRELLA | | Lina T |
| 6 | YELITZA SABALETA GONZALEZ | 1144239 | 6/03/2023 | 13/03/2023 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | YELITZA SABALETA | 1144239 | Yelitza |
| 7 | RUTH MARIA GARCIA MESA | 1050403002 | 6/03/2023 | 13/03/2023 | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ruth MESA | | Ruth G.M.T |
| 8 | MARIANIS TURIZO MAYORCA | 1003233469 | 6/03/2023 | 13/03/2023 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MARIANIS TURIZO | 1003233469 | Marianis |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Dura Ospina

Nombre legible de quien entrega:

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner

REGIONAL: ___EQUIVAL_____ CENTRO ZONAL: _____MOMPOX_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Vacacional o Recreo_____ Otra: __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UCSARA RAS: LOS CHAMITOS

DIRECCION DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 9N9-06 BAR LAS FLORES

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13073901107

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Registre la fecha de ingreso del usuario antes de la primera entrega de la RDF) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RDF (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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada a reducir un gabin si el alimento no se entrega en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | [illegible] | 1050400607 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1UG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 150GR | | | [illegible] | [illegible] | Linda M |
| 2 | [illegible] | 1256985602 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1UG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 150GR | | | [illegible] | [illegible] | Dina |
| 3 | [illegible] | 1050400992 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | Dayana | | | 1UG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 150GR | Dayana | | [illegible] | [illegible] | Dayana |
| 4 | [illegible] | 1233930660 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1UG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 150GR | | | [illegible] | [illegible] | Yeneys |
| 5 | [illegible] | 1256983924 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1UG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 150GR | | | [illegible] | [illegible] | Yarra P |
| 6 | [illegible] | 1050401056 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1UG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 150GR | | | [illegible] | [illegible] | Yolleth |
| 7 | [illegible] | 1301293049 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1UG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 150GR | | | [illegible] | [illegible] | Yeraldin |
| 8 | [illegible] | 1050400964 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1UG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 150GR | | | [illegible] | [illegible] | Denis M |
| 9 | [illegible] | 1050400957 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 1UG | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 1LB | 2LT | 250GR | 30 U | 1LB | 1LB | 500ML | 150GR | | | [illegible] | [illegible] | Aliza 10 |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre legible de quien entrega: Diana Gaviria

Nombre: HP.

Representante Legal EAS o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: ___BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____MOMPOS_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Vacacionera a Recesa_____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UCMAIRA IACA: LOS CHAMITOS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 649-65 BAR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 130730610

| # SUMA | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Suma Unicamente para ULTIMOS ESTADOS DA DA RED) | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique: Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | AYLIN ARIANA RITA CHAVEZ | 1050401016 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | 0 | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 170 | 110 | 120ML | | | | | | ANYCHAVEZ | 1139518313 | Angi chavez |
| 2 | ROSEINIS YULIETH GAVIRIA RIVEROS | 1050401017 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | 0 | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 170 | 110 | 120ML | | | | | | MARIA RIVERA | 29054398 | Garcelis R |
| 3 | FITHAN DAVID MENESES DAZA | 1050401022 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | 0 | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 170 | 110 | 120ML | | | | | | KATHA DAZA | 1050394970 | Katha |
| 4 | LIAN DAVID CAMARGO GONZALEZ | 1216985567 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | 0 | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 170 | 110 | 120ML | | | | | | LICETH GONZALEZ | 1050397811 | Liceth G |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Elvira Copete G

Nombre legible de quien entregó

Firma:

Representante Legal CAI o su delegado

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: ____BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____MOMPOX_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Vacaciones o Reversa_____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/SUA/UCA: UCA 005 PIEDRECITOS PASO 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 9#9-43 BARR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13472001

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Nota: Diligenciar para la primera entrega de la RPP) | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o coloque un guión si el alimento no se entregó en el periodo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | BRIAN JOSE PEREZ ACOSTA | 1050460950 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | 1 | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 220 | 110 | 500ML | | | | | | YEIMYS M | 1002351134 | |
| 2 | JUAN CAMILO OSPINO MARTINEZ | 1050401815 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | 1 | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 220 | 110 | 500ML | | | | | | ELIZABETH | 1050 | |
| 3 | SHIRA VILLAREAL ACOSTA | 1050460952 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | 1 | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 220 | 110 | 500ML | | | | | | ELIZABETH | 1050 | |
| 4 | VICTOR MORA ARAMA | 1050401993 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | 1 | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 220 | 110 | 500ML | | | | | | ANA MARCELA | 1050 | |
| 5 | JOSEP MORA ARAMA | 1050401988 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | 1 | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 220 | 110 | 500ML | | | | | | ANA MARCELA | 1050 | |
| 6 | OLGA ARANGO OSORIO ROA | 1050400993 | 6/01/2025 | 28/03/2025 | 1 | | | | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 220 | 110 | 500ML | | | | | | ANDREA ROA | 1043 | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: _____ Firma: HP

Nombre legible de quien entrega Representante Legal EAS o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: ___BOLIVAR_____ CENTRO ZONAL: _____MOMPOS_____ MUNICIPIO: __EL PEÑON_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X___ Vacacionales o Recesa_____ Otra __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA /AICA: UDS MIS PUPILOS 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 5W-40 BRR LAS FLORES

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:13917001

| N° PACO | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Dejar en blanco para el primero, indicar el último) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | COMPONENTE RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | | | | | | | | | | Alimento de alto valor Nutricional | | | | NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Especifique cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | MELEE ARABA-BALLEN | 1050400484 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 100 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 21T | 250GR | 30 U | 31.8 | 31.8 | 500ML | 250GR | | | | 1002340 | |
| 2 | LUZ YORLAMA RAMOJO MUNOZ | 1050400946 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 100 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 21T | 250GR | 30 U | 31.8 | 31.8 | 500ML | 250GR | | | | 1050 | |
| 3 | DIANA PIÑERO AMEHALO | 1050400643 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 100 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 21T | 250GR | 30 U | 31.8 | 31.8 | 500ML | 250GR | | | | 1050 | |
| 4 | ANGEL MARTINEZ POLO | 1050400970 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 100 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 21T | 250GR | 30 U | 31.8 | 31.8 | 500ML | 250GR | | | | 1050 | |
| 5 | DAYANELIS CAPATAZ CENTENO | 1050400971 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 100 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 21T | 250GR | 30 U | 31.8 | 31.8 | 500ML | 250GR | | | | 1050 | |
| 6 | MILAGROS LICETH MONTES RAMOS | 1141384642 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 100 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 21T | 250GR | 30 U | 31.8 | 31.8 | 500ML | 250GR | | | | 1160 | |
| 7 | EDIN DAVID CHACON TORRECILLA | 1050400936 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 100 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 21T | 250GR | 30 U | 31.8 | 31.8 | 500ML | 250GR | | | | 1050 | |
| 8 | ARON DAVID OROZCO VELASQUEZ | 1050400927 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 100 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 21T | 250GR | 30 U | 31.8 | 31.8 | 500ML | 250GR | | | | 1050 | |
| 9 | LIZ MARGARITA CARRILLO BAHILA | 1050400494 | 6/03/2025 | 28/03/2025 | X | | | | 100 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 31.8 | 21T | 250GR | 30 U | 31.8 | 31.8 | 500ML | 250GR | | | | 1143 | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

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

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

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

Powered by CamScanner

REGIONAL: BOLIVAR  CENTRO ZONAL: MOMPOX  MUNICIPIO: EL PEÑON

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCION

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

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

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS-FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA  NOMBRE DE LA UCA/UNIDAD AICA: _MIS PUPILOS 1

DIRECCION DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 8 #8-46 BRR LAS FLORES

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 13673001407

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Dejar en blanco si ya ha sido reportada en la entrega anterior | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RFF (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (NP) | | | | | | | | | | | | | | | | Alimento de alto valor Nutricional | | | | NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entrega en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | LIBERLIN CAROLINA GENIALO GONZALEZ | 1143133214 | 02/03/2023 | 28/03/2023 | X | | | | 200 | 240 | 200 | 8.8 | 168 | 128 | 240 | 240 | 240 | 16 | 90GR | 250ML | 30G | 240 | 240 | 16 | 128 | LIBERLIN GONZALEZ | 1143133214 | |
| 2 | ANEL DAVID MENA MARTINEZ | 1102401324 | 02/03/2023 | 28/03/2023 | X | | | | 200 | 240 | 200 | 8.8 | 168 | 128 | 240 | 240 | 240 | 16 | 90GR | 250ML | 30G | 240 | 240 | 16 | 128 | DAVIDA MARTINEZ | 1501 39780 | |
| 3 | ALBEIRO SORA ARROYO BENAVIDEZ | 1102401340 | 02/03/2023 | 28/03/2023 | X | | | | 200 | 240 | 200 | 8.8 | 168 | 128 | 240 | 240 | 240 | 16 | 90GR | 250ML | 30G | 240 | 240 | 16 | 128 | ALBEIRO BENAVIDEZ | 1085242850 | |
| 4 | JESUS MANUEL BRILLARD MARTINEZ | 1102401455 | 02/03/2023 | 28/03/2023 | X | | | | 200 | 240 | 200 | 8.8 | 168 | 128 | 240 | 240 | 240 | 16 | 90GR | 250ML | 30G | 240 | 240 | 16 | 128 | ADRIANA MARTINEZ | 1501 39234 | |
| 5 | DAVISON SOFIA MARTINEZ MARTINEZ | 1102401233 | 02/03/2023 | 28/03/2023 | X | | | | 200 | 240 | 200 | 8.8 | 168 | 128 | 240 | 240 | 240 | 16 | 90GR | 250ML | 30G | 240 | 240 | 16 | 128 | MARLEDYS MARTINEZ | 1067 35310 | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Powered by CamScanner