REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: MOMPOX MUNICIPIO: EL PEÑÓN

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN

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: UCA MIS PRIMEROS PASOS I

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

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

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	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° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	ARROZ	PASTAS	HARINA DE TRIGO	TUBÉRCULO, RAÍZ O PLÁTANO	[illegible]	[illegible]	LECHE ENTERA	[illegible]	HUEVO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	KELLEN SOFIA PÉREZ GARCIA	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			BENITA GARCIA	3904172[illegible]	Benita g.
2	DANNA GOMEZ CAPATAZ	1050400844	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			MARILUZ MEZA BELLO	30795589	Mariluz M.
3	AISE CAROLINA YEPEZ GONZALES	1050400875	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			ASTRID GONZALEZ	1003354880	Astrid G.
4	DYLAN JACIEL PADILLA AMARIS	1079681059	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			JOHANDY AMARIS	1085101314	Johandy A.
5	CRISTIAN DAVID BENAVIDES SALAS	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			LISETH CAROLINA SALAS	[illegible]	Liseth
6	DARIO ODIEL [illegible] CARMONA	1050400942	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			GABRIELA CARMONA	[illegible]	Gabriela C.
7	EMILI YARIA RUT MORA	1050400909	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			DAMARIS MORA	[illegible]	Damaris
8	LIAM DAVID CERPA MEZA	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			ADRIANA MEZA	1002353866	Adriana
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: Edenis M Morad

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

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 UCA [illegible]

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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)													Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																			
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Jeidi B.G
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Gabriela
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		X			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1052217[illegible]	[illegible]
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		X			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1002354176	Ingri H
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												

Observaciones:

Firma: Edenis m morad

Nombre legible de quien entrega:

Firma: MP.

Representante Legal EAS o su delegado

[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	Página 1 de 1
		[illegible]

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____ 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 FLOREZ

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

No.	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	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	DARIANNA SOFIA VALLE OYAGA	1050483234	6/03/2025	28/03/2025	✓				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	15U	1LB	500ML							MARIA VICTORIA OYAGA	[illegible]	Maria Vale
2	LEON CONTI PARDO	1042578888	6/03/2025	28/03/2025	✓				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	15U	1LB	500ML							GINA PAOLA PARDO	[illegible]	Gina P
3	JUAN CAMILO DE VOZ PICO	1050962044	6/03/2025	28/03/2025	✓				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	15U	1LB	500ML							ALVARO DE VOZ	73159350	A Varo De Voz

Observaciones:

Firma:
Nombre y apellido 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 CS CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
[illegible]

[illegible]	[illegible]
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

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: UCA MIS PRIMEROS PASOS 1

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

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

N° USUARIO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Marca [illegible]	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)											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	DARIANNA SOFIA VALLE OYAGA	1050401014	6/03/2025	28/03/2025	✓				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	15U	1LB	500ML							MARIA VICTORIA OYAGA	1002553642	Maria Vale
2	LEON CONTI PARDO	1042558888	6/03/2025	28/03/2025	✓				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	15U	1LB	500ML							GINA PAOLA PARDO	[illegible]	Gina P
3	JUAN CAMILO DE VOZ PICO	1050582044	6/03/2025	28/03/2025	✓				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	15U	1LB	500ML							ALVARO DE VOZ	33159323	[illegible]
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: [illegible]
Nombre legible de quien entrega

Firma: ______________
Representante Legal EAS o su delegado

[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	Página 1 de 1
		[illegible]

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______ 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] LAS FLOREZ

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)											Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entrega en el paquete.																	
1	YERUS VENECIA KETTYL	[illegible]	6/03/2025	26/03/2025		X			390	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	[illegible]	250GR	500 G	1LB	1LB	500ML	[illegible]	KETTY VENECIA	1002253565	
2	MARIA CELESTE MEZA MANCEL	[illegible]	6/03/2025	26/03/2025		X			390	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	[illegible]	250GR	500 G	1LB	1LB	500ML	[illegible]	CARMEN MANCEL	[illegible]	
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma ______________________
Nombre legible de quien entrega

Firma ______________________
Representante Legal EAS o su delegado

[illegible]

REGIONAL: ____BOLIVAR____________ CENTRO ZONAL: __________MOMPOX__________ MUNICIPIO: __EL PEÑÓN__________

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/ACA: UCA PEÑONCITO 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 8#9-00 BRR LAS FLOREZ

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

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	FECHA DE ENTREGA INDIVIDUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)											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	BRIANNA VALENTINA ROJAS RODRIGUEZ	1216984636	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			VALENTINA RODRIGUEZ	[illegible]	Valentina R.
2	ZY ALEXANDRA RODRIGUEZ RODRIGU	1216980121	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			VALENTINA RODRIGUEZ	[illegible]	Valentina
3	DEYSI LILIANA ZABALETA RANGEL	1216980179	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			MILEDIS RANGEL	[illegible]	Miledy R
4	AINHARA JOHANA RANGEL GARCIA	1070930906	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			SELENA GARCIA	[illegible]	Selena G
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			NEREIDA CABALLERO	[illegible]	Nereida. C
6	SHAROL DANIELA MARTINEZ ALFARO	1050400860	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			OSCAR MARTINEZ	[illegible]	Oscar
7	LIANNYS MARCELA MARTINEZ ROJAS	1050400948	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			DAYANA ROJAS	[illegible]	Dayana
8	DARALYS SOFIA AREVALO BELEÑO	1050400934	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			YARETH BELEÑO	[illegible]	Yareth
9	KEYLEY CENTENO SORACA	1050400855	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			SANDY SORACA	[illegible]	Sandy Soraca
10	ELIA SAID RANGEL OTAVALO	1050400990	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			ELIZABETH OTAVALO	[illegible]	[illegible]
11	MAXEL JOSE CABALLERO QUINTERO	1050400966	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			MARGARITH QUINTERO	7.564034	Margarita
12	GAEL JOSE ALVEAR ROJAS	1050400981	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			GYETH ROJAS	[illegible]	Gireth
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 GALVAN	[illegible]	[illegible]
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma Gisela Salazar

Nombre y legible de quien entrega

Firma María Parra

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

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_____ Otro __ Especifique: ____________

MES DE ENTREGA: MARZO

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

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

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

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	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		X			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Paloma C
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		X			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Edilma Padilla
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												

Observaciones:

Firma: Gisela Salazar

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP.

Representante Legal EAS o su delegado

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______ Otro __ Especifique: ____________

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA [illegible] _PEÑONCITO

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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° 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 (RPP)													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	LAREN MILENA LOBO GARCIA	[illegible]	[illegible]	28/03/2023		X			250	140	140	125	125	125	140	140	140	1L	900G	2500G	50L	140	140	1L	0.8	SANETH GARCIA	1050398778	Sayneth G.
2	YOHER JAVIER SILVA HEREDIA	[illegible]	[illegible]	28/03/2023		X			250	140	140	125	125	125	140	140	140	1L	900G	2500G	50L	140	140	1L	0.8	LUZ MERY SILVA	1050398100	Luzmery
3	[illegible] CORDERO	[illegible]	[illegible]	28/03/2023		X			250	140	140	125	125	125	140	140	140	1L	900G	2500G	50L	140	140	1L	0.8	LUCILA CORDERO	1193315193	Lucely
4	ASHLEY MALENA PEDROZO QUITO	[illegible]	[illegible]	28/03/2023		X			250	140	140	125	125	125	140	140	140	1L	900G	2500G	50L	140	140	1L	0.8	NICOL QUITO	1050497906	Nicol
5	LUZ [illegible] SOTO PEDROZO	[illegible]	[illegible]	28/03/2023		X			250	140	140	125	125	125	140	140	140	1L	900G	2500G	50L	140	140	1L	0.8	ALEJANDRA PEDROZO	1193512998	Alegandra
6	LINDA LUCIA OROZCO NUÑEZ	[illegible]	[illegible]	28/03/2023	X				250	140	140	125	125	125	140	140	140	1L	900G	2500G	50L	140	140	1L	0.8	LINDA OROZCO NUÑEZ	[illegible]	Lindel
7	MARIA ALEJANDRA ARIAS PUENTES	[illegible]	[illegible]	28/03/2023	X				250	140	140	125	125	125	140	140	140	1L	900G	2500G	50L	140	140	1L	0.8	MARIA ARIAS PUENTES	[illegible]	Maria A
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												

Observaciones:

Firma: Melodis Macias

Nombre legible de quien entrega:

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

[illegible]

REGIONAL: ___BOLIVAR_____________ CENTRO ZONAL: ________MOMPOS__________ MUNICIPIO: __EL PEÑON__________

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACIÓN INICIAL CAMPESINA

RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Receso_____ Otra __ Especifique: ____________

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACIÓN EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA A/CA: UCA PEÑONCITO

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

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

No.	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)											Alimento de alto valor nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]									
									Especifique: Cantidad entregada o coloque un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	MARCOS ARDILA LOPEZ	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	[illegible]	[illegible]	500ML							VALENTINA LOPEZ	1050196079	Valentina.
2	JANER JAVIER MEZA ARDILA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	[illegible]	[illegible]	500ML							AÍDA LUZ ARDILA	[illegible]	Aida luz
3	MOISES ANDRES LUNA MACHUCA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	[illegible]	[illegible]	500ML							[illegible] MACHUCA	[illegible]	[illegible] Machuca.
4	PAULETTE HELENA GONZALEZ ARIAS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	[illegible]	[illegible]	500ML							[illegible] ARIAS	[illegible]	[illegible] L. A
5	LIAM GAEL LERMA DELGADO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	[illegible]	[illegible]	500ML							[illegible] DELGADO	[illegible]	Oneida
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: Miladis Marín

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

BIENESTAR FAMILIAR

[illegible]

REGIONAL: ____BOLIVAR______________ CENTRO ZONAL: __________MOMPOS__________ MUNICIPIO: __EL PEÑÓN__________

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: UCA PEÑONCITO

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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	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	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			CYNTHIS CASSIANI	1080038977	Cynthis
2	JOHANGELYS BAQUERO YEPEZ	1050400963	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			YELYSA YEPEZ	1050396353	Yelis
3	SOLIMAR NAVARRO CADENA	1050400955	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			MARIA C CADENA	10503[illegible]	María
4	REYHAN LOPEZ NAVARRO	1050400976	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			GIOVANNA NAVARRO	1244012	[illegible]
5	LUCIANA ARIAS CADENA	1050400991	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			SOFIA CADENA RUIZ	[illegible]	Sofia C
6	AYLIN PAOLA HOYOS PAVAJAU	1216564483	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			MARIA PAVAJAU	[illegible]	maria
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: Heladii Macias

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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/AREA _ MIS PUPILOS

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

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

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	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		1			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		1			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Andrea Sanchez	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ana Karina G.
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Natalia G
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Daniela V.
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	maria Julia
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Gisela Q.
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												

Observaciones:

Firma: Nexis Ruiz Galeano

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

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/UCA/UCAL: MIS PUPILOS

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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)											Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]									
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	ANGEL MATHIAS GARCIA GONZALEZ	1050400959	[illegible]	[illegible]	8				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							MARIA GARCIA	1002553942	
2	KILIAN ARIAS ARIAS	1050401013	[illegible]	[illegible]	8				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							[illegible] ARIAS	1050399314	Carmen
3	ROSSLIN MICHEL BERMUDEZ PLATA	1050401002	[illegible]	[illegible]	8				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							[illegible] PLATA	10[illegible]941	Samara
4	ELIANA PIÑEREZ VENECIA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							[illegible]	1050398169	Diana
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: Nerio Piñeres Garcia

Nombre legible de quien entrega

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

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______ Otro __ Especifique: ____________

MES DE ENTREGA: MARZO

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

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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° 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	[illegible]	[illegible]	6/03/2025	26/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			ALBA MARTINEZ	1050397[illegible]	[illegible]
2	[illegible] GARCIA	[illegible]	6/03/2025	26/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible] GARCIA	1050[illegible]	Shary G
3	[illegible]	[illegible]	6/03/2025	26/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible] VELASQUEZ	[illegible]	6/03/2025	26/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible] VELASQUEZ	[illegible]	[illegible]
5	SAMUEL ANTONIO MARTINEZ ARIAS	[illegible]	6/03/2025	26/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible] ARIAS	1050396404	Mariet
6	EVA LUNA CENTENO GUILLEN	[illegible]	6/03/2025	26/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			ROSANA GUILLEN	[illegible]	Rosana G
7	[illegible] ESPECILLA	[illegible]	6/03/2025	26/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	[illegible]	[illegible]
8	LEIKER LUIS CASTRO DIAZ	[illegible]	6/03/2025	26/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			MARIANA DIAZ	10068[illegible]	Mariana Diaz
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: ____________________ Firma: ____________________

Nombre y 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

[illegible]

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_____ Otro __ Especifique: ________

MES DE ENTREGA: MARZO

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

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

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

N° USUARIO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	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
					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	[illegible] PAREDES MARTINEZ	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible] MARTINEZ	1050399[illegible]	Alexa M
2	[illegible] MENDEZ GARCIA	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible] GARCIA	1050398[illegible]	Shary
3	[illegible]	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	1050391524	Sharol
4	[illegible] CENTENO VELASQUEZ	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible] VELASQUEZ	1050396525	[illegible]
5	SAMUEL ANTONIO MARTINEZ ARIAS	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible] ARIAS	1050396404	Mariet
6	[illegible] CENTENO GALLEGO	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible] GALLEGO	1002[illegible]	Rosa [illegible]
7	[illegible] JOHANA TORREGLOSA	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	10023[illegible]	[illegible]
8	LEIBER ELIEL CASTRO DIAZ	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			MARIANA DIAZ	10068899[illegible]	mariana Diaz
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										

Observaciones:

Firma: Nerio Piñeres Galvis
Nombre legible de quien entrega

Firma: FP
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

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: MOMPOX MUNICIPIO: EL PEÑÓN

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: EDUCACIÓN 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 UCA: [illegible] PRIMEROS PASOS 2

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

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

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° 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	NELYS LORENA PABON MORALES	[illegible]			X				2KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	6L	900GR	250GR	30U	1KG	1KG	1L	1LB	NELYS LORENA PABON MORALES	[illegible]	Nelis
2	[illegible] SANTIAGO AYALA	[illegible]			X				1KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	6L	900GR	250GR	30U	1KG	1KG	1L	1LB	YULETH SANTIAGO AYALA	[illegible]	Yulieth
3	[illegible] MORALES AYALA	[illegible]				X			1KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	6L	900GR	250GR	30U	1KG	1KG	1L	1LB	YULIS MORALES AYALA	[illegible]	Yuli
4	[illegible] AVENDAÑO MEZA	[illegible]				X			1KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	6L	900GR	250GR	30U	1KG	1KG	1L	1LB	IRINA MEZA	1193537[illegible]	Irina
5	[illegible] AVENDAÑO VEGA	[illegible]				X			1KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	6L	900GR	250GR	30U	1KG	1KG	1L	1LB	GISELA VEGA	1105239[illegible]	Gisella
6	[illegible] RODRIGUEZ FLOREZ	[illegible]				X			1KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	6L	900GR	250GR	30U	1KG	1KG	1L	1LB	MARTA VIZCAINO	100219838[illegible]	Martha
7	[illegible] AVENDAÑO MEZA	[illegible]				X			1KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	6L	900GR	250GR	30U	1KG	1KG	1L	1LB	IRINA MEZA	1193537[illegible]	Irina
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												

Observaciones:

Firma: Aidolina

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

REGIONAL: ___BOLIVAR___ CENTRO ZONAL: ___MOMPOS___ MUNICIPIO: __EL PEÑÓN___

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: UCA MIS PRIMEROS PASOS 2

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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP	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
1	LILIANA PATRICIA CADENA DIAZ	[illegible]			X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							PATRICIA DIAZ	1050[illegible]	Patricia
2	[illegible] DAVID DURAN BANDERA	[illegible]			X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							[illegible] BANDERA	[illegible]	[illegible]
3	DANNY SHARLOTH [illegible] HERRERA	[illegible]			X				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							[illegible] HERRERA	1001805375	[illegible]
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: Adalina M

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

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

[illegible]

REGIONAL: ____BOLIVAR________________ CENTRO ZONAL: ____________MOMPOX____________ MUNICIPIO: ___EL PEÑÓN______________

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: UCA MIS PRIMEROS PASOS 2

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

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

	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	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	DAMIAN ISAAC FOSECA MORAN	1050678615	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			ELIZABETH MORAN		Eli Zabe
2	LUCAS SADAC ANAYA VEGA	1050400483	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			LUZ MEIDY VEGA	1050[illegible]	[illegible]
3	EIJANNY ANAYA VEGA	1050400968	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			LUZ MEIDY VEGA	1050739[illegible]	[illegible]
4	ISAAC DANIEL SUAREZ ARRIETA	1048328215	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			MALDYS ARRIETA	1002491144	[illegible]
5	LUIS DANIEL MORALES ESMERAL	1050400979	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			KENNY ESMERAL	1002.3[illegible]3.593	Kenny E.
6	MARIA CAMILA MORALES GARCIA	1216984482	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			YERLY GARCIA	1002 30[illegible]	Yerlis G.
7	YESHIA LISBETH ESMERAL MORALES	1050400908	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			YURAINIS MORALES	105040[illegible]	Yurainis M
8	DARA KELETH FONSECA SAUCEDO	1050400959	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			MELIDYS SAUCEDO	100244[illegible]	Milidis S.
9	MADELEN SARAY AMARIS ENCISO	1050400903	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			SALLY ENCISO	1118543569	Sally E
10	ALONDRA ISABEL DURAN REDONDO	1050400924	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			ANA REDONDO	1002.5543[illegible]	Ana Joel Ki
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: Ardalino M

Nombre y apellido 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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
[illegible]

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 EMPRENDER FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/ASA /UCA: UCA MIS PRIMEROS PASOS

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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente 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
					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]									
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	[illegible] MARTINEZ	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							[illegible] MARTINEZ	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							[illegible]	[illegible]	[illegible]
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: ____________
Nombre legible de quien entrega

Firma: ____________
Representante Legal EAS o su delegado

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

[illegible]

REGIONAL: BOLIVAR CENTRO ZONAL: MOMPOX MUNICIPIO: EL PEÑÓN

NOMBRE DE LA MODALIDAD: UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN

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: UCA MIS PRIMEROS PASOS

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

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

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)											Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																	
1	ADRIAN TORRES MEZA	1050480836	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30U	1LB	1LB	500ML	250GR			TATIANA MEZA	[illegible]	Tatiana M.
2	MAILIN PÉREZ HERNANDEZ	1050480967	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30U	1LB	1LB	500ML	250GR			MARGARET HERNANDEZ	[illegible]	Margareth
3	EMILIANO NAVARRO MADRID	1050480961	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30U	1LB	1LB	500ML	250GR			VERONICA MADRID	[illegible]	Veronica
4	ABEL DAVID TORRES SALLA	1050480974	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30U	1LB	1LB	500ML	250GR			LADY SALLA	[illegible]	Ladi Salla
5	JESUS MANUEL MEJIA PIMIENTA	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible] PIMIENTA	[illegible]	[illegible] Pimienta
6	GEILER YAHITH HERNANDEZ GALVIS	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible] GALVIS	[illegible]	Yoeni G
7	KIMBERLY SOFIA BENAVIDES OVIEDO	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30U	1LB	1LB	500ML	250GR			SANDRA BENAVIDES	[illegible]	Sandra B.
8	[illegible] BENAVIDES	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30U	1LB	1LB	500ML	250GR			MARYURIS BENAVIDES		maryuris B a
9	THIAGO ANDRES GOMEZ [illegible]	[illegible]	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30U	1LB	1LB	500ML	250GR			MARIA ANGELICA [illegible]	[illegible]	María [illegible]
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

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______ Otra __ Especifique: ____________

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA   NOMBRE DE LA UDS/ABA A/CA _ MIS PRIMEROS PASOS 1

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 5 # 5-43 BRR LAS FLORES

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

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	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° 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	LUIS MATEO TORRES CERPA	[illegible]				X			2KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	1L	900GR	250GR	500	1KG	1KG	1L	1LB	PATRICIA CERPA	[illegible]	[illegible]
2	YALIETA VALLE ZAMA	[illegible]				X			2KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	1L	900GR	250GR	500	1KG	1KG	1L	1LB	GLADYS ZAMA		Gladis
3	LUIS CAMINE OSPINO TORRES	[illegible]			X				2KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	1L	900GR	250GR	500	1KG	1KG	1L	1LB	LUIS CAMINE OSPINO TORRES	[illegible]	LuisCarineO.
4	LUZ ADRIANA BENAVIDES VILLAREAL	[illegible]			X				2KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	1L	900GR	250GR	500	1KG	1KG	1L	1LB	LUZ ADRIANA BENAVIDES VILLAREAL	[illegible]	Luz Adriana
5	KELLY PATRICIA SEGURA SEGOVIA	[illegible]			X				2KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	1L	900GR	250GR	500	1KG	1KG	1L	1LB	KELLY PATRICIA SEGURA SEGOVIA	[illegible]	Kelly Segura
6	LORENIS YANETH PALENCIA SERNA	[illegible]			X				2KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	1L	900GR	250GR	500	1KG	1KG	1L	1LB	LORENIS YANETH PALENCIA SERNA	[illegible]	Lorenis Palencio
7	SANDRA MILENA BENAVIDES OVIEDO	[illegible]			X				2KG	1KG	1KG	1LB	1LB	1LB	1KG	1KG	1KG	1L	900GR	250GR	500	1KG	1KG	1L	1LB	SANDRA MILENA BENAVIDES OVIEDO	[illegible]	Sandra B.
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

BIENESTAR FAMILIAR

[illegible]

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): UCA MIS PRIMEROS PASOS

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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	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
					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entrega en el paquete.																	
1	SAYRETH VANESSA TRASPALACIOS MARTINEZ	1156063474	6/03/2025	28/03/2025		X			3KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250G	DUBIS MARTINEZ	39022960	Dubis Ma
2	ELIDO ENRIQUE LIMA BENAVIDES	1050400801	6/03/2025	28/03/2025		X			3KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250G	MARYURIS BENAVIDES		maryuris
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones: ____

Firma: ______________

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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_____ Otr __ Especifique: ____________

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA UCA _ [illegible]

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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACION RACION PARA PREPARAR (RPP)													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 entrega en el paquete																			
1	LUZ ESTELLA LUNA OLIVO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				200	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	LUZ ESTELLA LUNA OLIVO	[illegible]	Luz estela
2	LEIDY MARCELA NAVARRO GOMEZ	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				200	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	LEIDY MARCELA NAVARRO GOMEZ	[illegible]	[illegible]
3	WENDY MAYORCA OSPINO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				200	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	WENDY MAYORCA OSPINO	[illegible]	Wendy
4	MARIA JOSE [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				200	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	MARIA JOSE [illegible]	[illegible]	Maria Jose
5	[illegible] MONTESINOS TORRECILLA	[illegible]	[illegible]	[illegible]		X			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	LINA TORRECILLA		Lina T
6	YELITZA ZABALETA GONZALEZ	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X																					YELITZA ZABALETA	[illegible]	Yelitza
7	LUZ [illegible] GARCIA MEZA	[illegible]	[illegible]	[illegible]		X																				RUTH MEZA		Ruth G.M.T
8	MARLENIS TURIZO MAYORCA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X																					MARLENIS TURIZO	[illegible]	Marlenmg
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												

Observaciones:

Firma: Luna Gpt

Nombre legible de quien entrega:

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

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/UCA: LOS CHAMITOS

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: [illegible]

N° USUARIO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° 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 (RPP)											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 entrega en el paquete.																	
1	[illegible]	1050400937	6/03/2025	28/03/2025	X				10G	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	[illegible]	Lindo M
2	[illegible]	1216985602	6/03/2025	28/03/2025	X				10G	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	[illegible]	Dina
3	[illegible]	1050400992	6/03/2025	28/03/2025	X	Dayana			10G	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR	Dayana		[illegible]	[illegible]	Dayana
4	[illegible]	1233550660	6/03/2025	28/03/2025	X				10G	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	[illegible]	Yo Cenys
5	[illegible]	1216983924	6/03/2025	28/03/2025	X				10G	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	[illegible]	Mayra P
6	[illegible]	1050401056	6/03/2025	28/03/2025	X				10G	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	[illegible]	Yoyeth
7	[illegible]	1201280049	6/03/2025	28/03/2025	X				10G	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	[illegible]	Alexandra
8	[illegible]	1050400964	6/03/2025	28/03/2025	X				10G	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	[illegible]	Dennis M
9	[illegible]	1050400957	6/03/2025	28/03/2025	X				10G	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	[illegible]	Ana B
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: Sheira Gonzalez

Nombre legible de quien entrega

Firma: 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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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______ Otro __ Especifique: ____________

MES DE ENTREGA: MARZO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA: LOS CHAMITOS

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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)											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	AYLIN ARIANA ORTIZ CHAVEZ	1050401016	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							ANYI CHAVEZ	[illegible]	Angi chavez
2	ROSEINIS YULIETH GAVIRIA RIVERA	1050401017	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							[illegible] RIVERA	[illegible]	Garcles r
3	EITHAN DAVID MENESES DAZA	1050401022	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							KATHIA DAZA	[illegible]	Kathia
4	LIAN DAVID CAMARGO GONZALEZ	1216985567	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							LICETH GONZALEZ	[illegible]	Liceth G
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: dennis copete G
Nombre legible de quien entrega

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado

BIENESTAR FAMILIAR

Clasificación de la información: Pública

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_____ 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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente 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	BRIAN JOSE PEREZ ACONCHA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LB	1LB	[illegible]							YENIS ACONCHA	[illegible]	yeinys A
2	FRAN CARLOS OVIEDO MARTINEZ	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LB	1LB	[illegible]							ELIZABETH OVIEDO MARTINEZ	[illegible]	Elizabeth
3	SAMARA VILLARREAL ACONCHA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LB	1LB	[illegible]							ELIZABETH ACONCHA	[illegible]	[illegible]
4	VICTOR MORA JARABA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LB	1LB	[illegible]							ANA MARCELA JARABA	[illegible]	Ana Marcela
5	JOSEP MORA JARABA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LB	1LB	[illegible]							ANA MARCELA JARABA	[illegible]	Ana Marcela
6	OLGA ARANDA OVIEDO ROA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X				1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LB	1LB	[illegible]							ANDREA ROA	[illegible]	Andre C.
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones: ____________________

Firma: ____________________
Nombre legible de quien entrega

Firma: ____________________
Representante Legal EAS o su delegado

[illegible]

REGIONAL: ___BOLIVAR_______________ CENTRO ZONAL: __________MOMPOX__________ MUNICIPIO: __EL PEÑÓN___________

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: FUNDACIÓN EMPRENDE FUTURO CARTAGENA NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: UCA LOS PUPILOS [illegible]

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

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

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)											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	WESLEY ARANA GUILLEN	1050400484	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			LUZ ANGELICA GUILLEN	[illegible]	Luz Angela
2	LUZ YORLANA SANTIAGO MUÑOZ	1050400946	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			LUZ MUÑOZ MIZA	[illegible]	[illegible]
3	DIXAN PÉREZ AREVALO	1050400643	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			MARIA F AREVALO	[illegible]	Maria Arevalo
4	ABAEL MARTINEZ POLO	1050400970	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			LUCIA POLO	[illegible]	Lucia polo
5	ZAFT WESLER ZAPATA CENTENO	1050400971	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			LICETH MONTES	[illegible]	Liceth M
6	MILAGROS LICETH MONTES BARRIOS	1141384642	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible]	[illegible]	[illegible]
7	JUAN DAVID CHACON TORRECILLA	1050400936	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			[illegible] CHACON	[illegible]	[illegible]
8	ARON DAVID OROZCO VELASQUEZ	1050400927	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			NATALIA VELASQUEZ	[illegible]	NATALIA
9	LIZ MARGARITA CARRILLO DAVILA	1050400494	6/03/2025	28/03/2025	X				1KG	1LB	1LB	1LB	1LB	1LB	2LT	250GR	30 U	1LB	1LB	500ML	250GR			LUISA CARRILLO	[illegible]	Luisa C
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: Ada Luz Badillo

Nombre legible de quien entrega

Firma: MP

Representante Legal EAS o su delegado

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_____ Otro __ Especifique: ___________

MES DE ENTREGA: MARZO

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

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

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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) [illegible]	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	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Liberlin G.
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1010 347810	Bayana M.
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1085 042 850	Estela [illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1050 318234	Adriana M.
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1002 353410	[illegible]
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												

Observaciones: ____________________

Firma: ____________________

Nombre legible de quien entrega

Firma: ____________________

Representante Legal EAS o su delegado