Programa o Proyecto: INTERVENCION DE APOYO- APOYO PSICOSOCIAL

Sub-Proyecto:

Nombre EAS: Fundacion Cede Social

Unidad de Servicio:

GRUPO ÉTNICO : Indígena ___ (étnia _____)
Afro ____ Raizal ___
Rrom ___
Sin pertenencia Étnica ____

GRUPO DE EDAD: 1 A 3 años 11 meses a 4 A 5 años 11 meses

SEMANA No. 4							
COMPONENTE	**LUNES**	**MARTES**	**MIERCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**	**SABADO**	**DOMINGO**
DESAYUNO							
REFRIGERIO DE LA MAÑANA							
		Yogurt					
		Galleta de sal					
		Manzana verde					
ALMUERZO							
REFRIGERIO DE LA TARDE							
COMIDA / CENA							
REFRIGERIO NOCTURNO							

Nutricionista Dietista ICBF
T.P.01971

Nutricionista Dietista ICBF
T.P.00981

Fecha de aprobación:28/08/2024

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