NUEVOVIVIR

NIT 900.415.764-0

FORMATO DE RPP

Carrera 8 No. 23-22 Istmina – Chocó
Tel: 3146858289 - 3108950859
Email: porunnuevovivir@gmail.com

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.M013.PP	29/5/2019
Versión 3	Página 1 de 1

Clasificación de la información Pública

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Ana Claritza Solazar Mosquera

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN, PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Genesis Yaerlin Correa	1076339006	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yelitza Urrutia	1077422822	Yelitza
2	Arlsth C. Arroyo	1076334476	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yairis Palacios	1003851037	Yairis Palacios
3	Maira Yuleimy Perea	1140940490	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Angela Julie Aguilar	1003857138	Angela Julieth
4	Kylian Smyth Rivera	1076338944	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Luisa Fernanda Asprilla	1076330091	Luisa F. A.
5	Karla Yoforys Urrutia	1076338844	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yadira Patricia Aguilar	1007597498	Yadira
6	Yefzael Murillo	1076339397	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yulieth Vanessa Murillo	1079094497	Vanessa M
7	Luna Alejandra Angulo	1076334050	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					wendy Yisela Pareja	35697753	WENDY PAREJA
8	Kelssy Yekaira Urrutia	1079403296	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Karen Yulelsy Mosquera	1193421791	Karen Yulelsy
9			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Ana Claritza S.M.

Nombre legible de quien entrega:

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.M013.PP	29/3/2018
Versión 3	Pagina 1 de 1

Clasificación de la Información
Publica

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Ana Clarita Salazar Mosquera

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACION, PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (8 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Gael Steven Perea	1077486880	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g					Diana Leticia Perea	1128724024	Diana perea
2	Alana Nosquera V.	1076338879	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g					Rossy Anny Valoyes	1076328009	Rossy Valoyes
3	Jasly Davianny Hoyo	1076338105	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g					Silvia Andrea Diaz	35697520	Silvia Diaz
4	Juan Diego Martinez	1074102996	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g					Ana Teresa Hurtado	1076332992	Ana T. Hurtado
5	Yojhan Andres Quinto	1076338373	3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g					Erika Mosquera	1076330332	Erika M M
6			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/2/2025	19/6/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Ana clarita Salazar

Nombre legible de quien entrega:

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

EVIDENCIAS ENTREGA RACIÓN VACACIONAL









BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO12.PP	29/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Mariela Murillo

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN, PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Ashli Y. Mosquera	1079103033	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Arelys Mosquera Q	35697443	Arelys
2	Yailer Axel Hurtado	1079103013	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yasulis Moreno C	1076330063	Yasulis M.C.
3	Yefri Aniel Martinez	1076338465	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Rosa A. Mosquera	1010150250	Rosa Mosq
4	Yeimer Y. Urrutia L	1076337943	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yesica L. Lopez M	1079097490	Yesica L.
5	Miguel A. Iborguen	1079102383	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yesica Reyes Mos	1076328992	Yessica R
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Mariela Murillo

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PM13.FP	26/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Mariela Murillo

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.										
1	Malorin D. Urrutia	1076339461	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Cruz del C. Perea	1076326761	Cruz Perea P.M
2	Yeimar E. Urrutia L	1076339473	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yesica Lorena Lopez	1079097490	Yessica L.
3	Nayra N. Largacha	1076339017	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Maria Y. Mosquera	1004052661	Maria M.
4			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Mariela Murillo




DENVER







BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MO13.FP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Sandra P. Mosquera

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Luz Estefany Diaz M.	1076339079	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Luz Eneida	35897808	L. Luz M.
2	Keen Alaiz Marquez M.	1076338725	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Patricia murillo	77487978	Patricia M
3	Deimer Elian Mosquera	1076339108	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Dairis Quinto	1007059473	Dairis
4	Dilan Camilo Morales	1076338708	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Diana Mayerlin	1076335826	Mayerlin
5	Daiel Yeshuai Ruiz U.	1076334460	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Angie paola	1.076823973	Angie paola
6	Yoimer Palacios Roman	1079103050	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					María idelia	1077442820	Maria E.
7	Keliany Palacios Roman	1079102675	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Maria idelia	1077442820	Maria E.
8	Joiner Alexander Mosquera	1076339125	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yenny Alexandra mos.	1010112663	Yenny A
9	Mariam Yohana Ayala	1076378879	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Isabela Mosquera	1076323646	Isabela
10	Thon Ariel Tabanda Ros	1034932536	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Liza Katerine Rios Moreno	1079093041	Kate Moreno
11	Kaila Yerley Quinto	1076539097	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Dairi Yurlaid Perea C.	1033944036	Yurlaid
12	Yoilin Alexander Rolon	1076338545	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Vanessa Quinto	1007601320	Vanessa
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Sandra Mosquera

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	28/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Sandra Patricia M.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

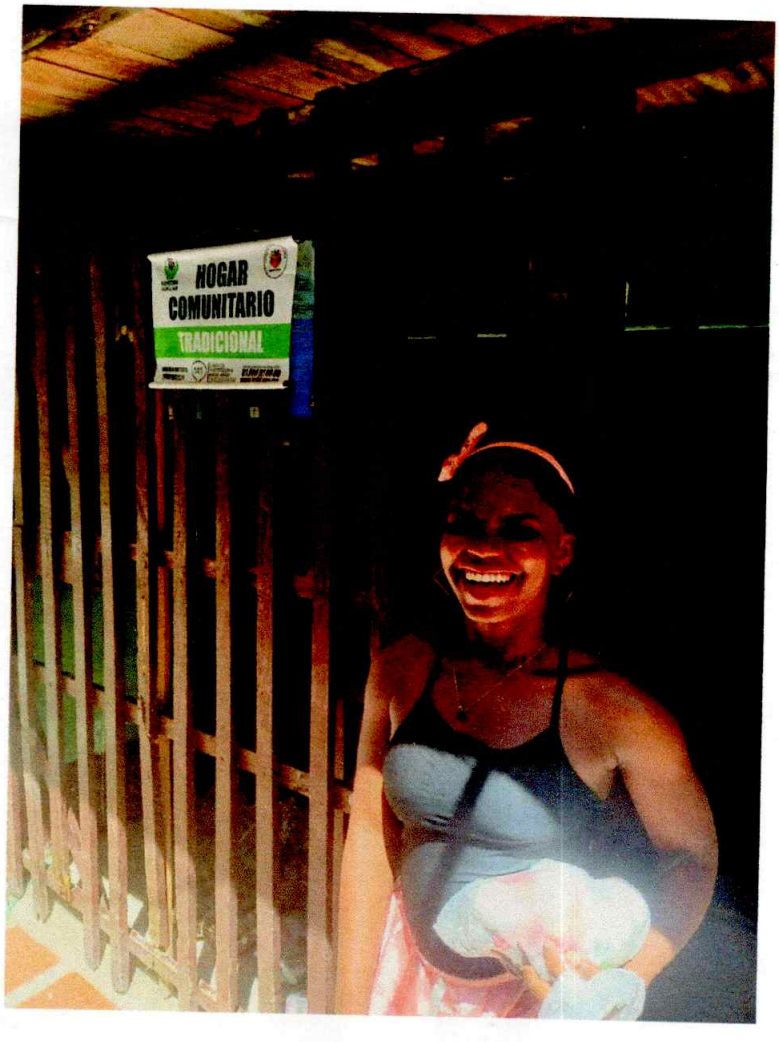
Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN/ PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Yoimer Palacios Romaña	1079803050	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Maria Idelisa R	1077442820 mama	Mama Idelisa
2	Reliany Palacios Romaña	1078102675	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Mama Idelisa R	1077442820 mama	Maria Idelisa
3	Yorlen Alexandra		3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
4			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
5			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

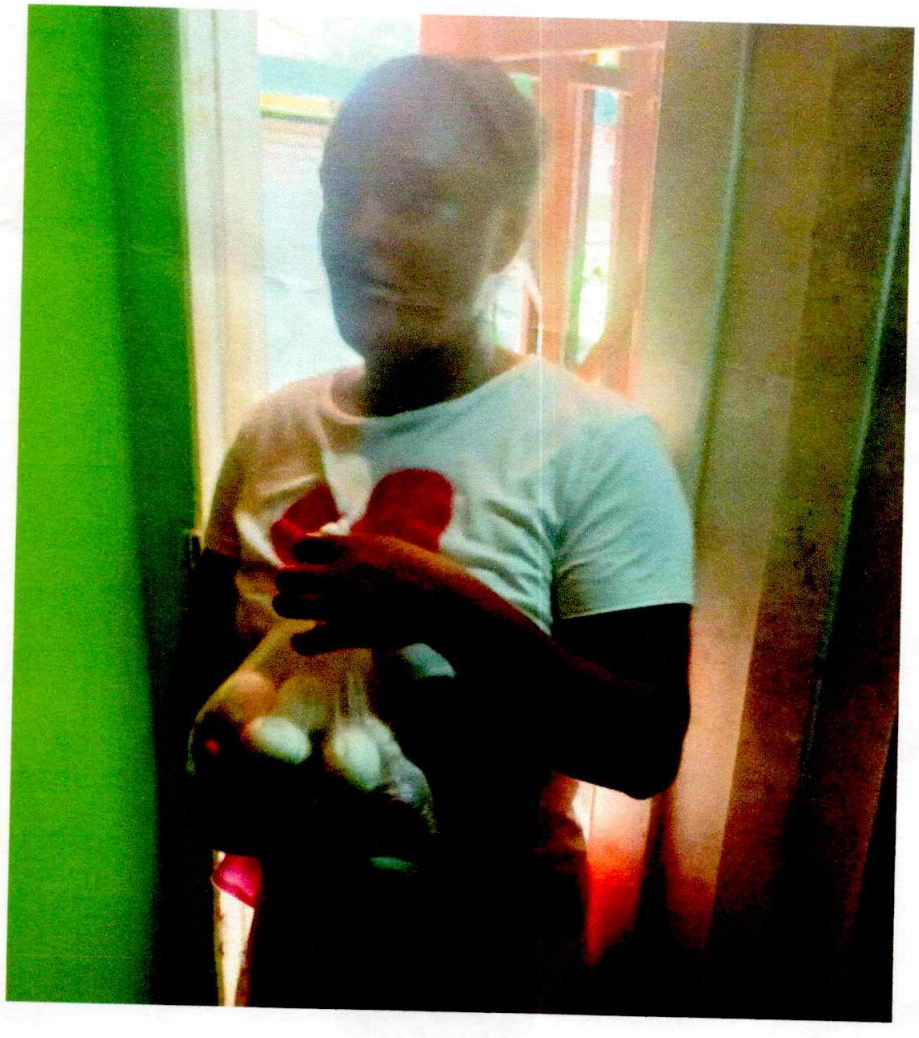
Firma: Sandra Alegria

Nombre legible de quien entrega:


HOGAR
COMUNITARIO
TRADICIONAL


HOGAR
COMUNITARIO
TRADICIONAL


HOGAR
COMUNITARIO
TRADICIONAL



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.FP	29/03/2019
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA:

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN/ PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Dulce Milagro H	1079 702 584	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					x Marlenis Moreno	1'133664 123	Marlenis
2	Jaiver yecid oryu	1079 702 770	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					x Luz Yajanny S.	x1076323402	x Luz Yajanny
3	Keilyn celeste Q	1200778806	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					x Kelly Vanessa Q	x1045525684	x Vanessa
4	Madin sofia M.K	1246798681	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					x Danny Bonilla	x20082636	x Danny Boni
5	Maiker Jesus Alb	1079 702 696	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					x Maria Elena M	1'133664 722	Maria Elena
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Mª Graciela B.

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PP13.FF	29/01/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA:

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional					
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																
1	Gael David Ferma	1076339 372	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							xRossy Yarleidy Rojas	x1079095473	xRossy Rojas
2	Keilyn Dorianny C	1076339 474	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							xKaren Yuseth M.	x1010095441	xKaren.
3	Feider Yair Mosq R	1076338 598	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							xLeidy Natalia		Leidy
4			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g									
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g									
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g									
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g									
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g									
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g									
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g									
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g									
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g									
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g									

Observaciones:

Firma:_____

Gracias Pedro.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Karen Gutierrez

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN, PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Dalan Y. Urrutia	1076337845	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yalissa Urrutia	1003851035	Yalissa U. M.
2	Leilyn A. Quinto	1076337804	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yesica A. Diaz	1079042033	Yesica Diaz
3	Liam S. Quinto	1079107884	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Julia M. Mosquera	1007545222	Mercedes
4	Darianny Mosquera	1032034285	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Arianny Marquez	26811217	Arianny M.
5	Eylan G. Valencia	1076338059	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Mª Emilse M.	1076324637	Maria M.
6	Jesus D. Cordoba	1034928827	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yolenny Mosquera	1007059629	Yolenny
7	Yeisy A. Bonilla	1076338574	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Karen Mosquera	1003851039	Karen Mosq.
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Karen Gutierrez

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.FP	29/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA:

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Keiner A. Martinez	1076339085	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Fabiola Martinez	1128724615	Fabiola M.
2	Johaziel Rivas	1076388421	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					luz Y. Urrutia	1077442053	Luz Yurrutia
3	Lina N. Quinto	1076339025	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Nataly Hurtado	1076320621	Nataly H.
4			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma:_____

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	29/03/2019
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Elizabeth Rivco

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Faiber J. Palacios	1076337858	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Inyely Palacios	1076336204	inyely Palacios
2	Haylin L. Ibarguen	1079102673	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Sandra Perea	1076334072	Sandra
3	Xiomara Mosquera	1079102858	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yulisa Velasquez	1128724955	Yulisa V
4	Maylen Nicol Bermudez	1076338124	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Maryelys Perea	1004052313	Maye Perea
5	Falker Dael Perea	1076338151	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Diana M. Munilla	1077450932	Diana M.
6	Mhairel D. Mendoza	1076338232	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Maribel Munilla	1003950443	Maribel Munilla
7	Sofia Mosquera H	1079102603	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Leidy Hurtado	1079325575	leidy Hurtado
8	Jaidelin Rojas	1128730604	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Juliana Rojas	1128727341	Juliana R
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Elizabeth M.R

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MO13.PP	20/02/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Elizabeth Rivsco

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

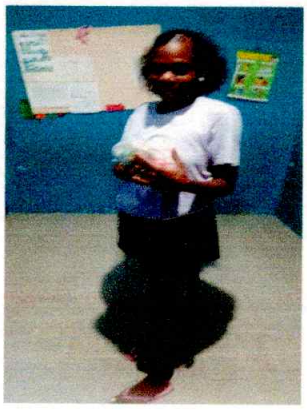
Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Aranza D. Mosquera	1076339053	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yoleida Mosquera	1076334968	yoleida
2	sther A. Mosquera	1076339151	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Delcy Mosquera	1076327813	Delcy M
3	Lian David Caicedo	1076338767.	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Mercy P. Mosquera	1193336607	mercyP
4	Sharol Y. Aspnlla	1023992581	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yesenia Urrutra	1076333614	yesenia U.
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Elizabeth M. R




CELTICS



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MO13.FF	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Carmen Helena Quinto

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Lian Yared Murillo	1076747732	3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yassyry Mosquera	1004051962	Yassury
2	Austin Andres Murillo	1079103427	3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g					Marcela zúniga	1133679094	Marcela
3	Heylin Fernanda Mosquera	1076339109	3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g					Fernanda Mosquera	1076326908	Fernanda
4	Keiner Santiago Quinto	1079103256	3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g					Patricia Obregón	1060360305	Patricia Obregon
5	Evelin Yajary Orejuela	1076338416	3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g					Deisy Palacios	1076325031	Deisy
6	Kimberlin Orejuela	1076338639	3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g					María Palacios	1083830166	María
7	Jesús Manuel Valencia	1076339222	3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yarleidy Mosquera	1076333184	Yarleidy
8	Hercer Samuel Palacios	1076338695	3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g					Suly Mosquera	1007069106	Suly
9	Ethanny Cordoba	1076390 31	3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g					Viviana Cordoba	1133679351	Viviana
10			3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Carmen H Quinto

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	28/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Carmen Helena Quinto

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL.: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Jhoimar Ysd Mosquera	1079103091	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Marcela Mosquera	1079093157	Marcela
2	Keiner Snty Quinto O	1079103256	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Patricia Obregón	106036035	Patricia Obregon
3	Heyser M Hernandez	1128731416	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Dayana Hernandez	1057756738	Dayana
4	Jaider A Mosquera	1076338106	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yenny Perea	1003853963	Yenny.P
5			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:


Responsabilidad
Tolerancia
Buzón de Sugerencias


Responsabilidad
Tolerancia


Responsabilidad
Tolerancia
Buzón de Sugerencias


Responsabilidad
Tolerancia
Buzón de Sugerencias


Tolerancia
Responsabilidad
AEIOU


Tolerancia
Responsabilidad
AEIOU


Responsabilidad
Tolerancia
LA FAMILIA
DE LA VIDA


Tolerancia

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PM13.FP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Agrupado la esperanza

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Emmanuel Quinto B.	1076339423	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yorladis Bam. M.	1076097009	Yorladys. B.
2	Jona Sofia Mosquera.M	1076339163	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Claudia Martinez. C.	1045510971	Claudia M.
3	Mabel Sofia Quinto	1079103263	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Claudia Mosquera	1003850643	Claudia. M.
4	Thiago Smit Perea.	1076338954	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Zoraida Garcia M.	1004052921	Zoraida G.
5	Yelin S. Cassio C.	1076339310	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yeidy M. Correa H.	1133679348	Yeidy M. C.
6	Yareth Castillo O.	1076339396	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Kenny J. Ortiz	1076331929	Kenny. O
7	Dahian Yareth P.	1076338976	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Angelica Boiz B.	1076333951	Angelica. B.
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Virgelina M.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	28/03/2018
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Agrupados la esperanza

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Juan José Mosquera	1076337841	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Luz del Carmen M.	1076327535	Luz del Carmen
2	Jazlin Zadith Rivas	1012873104 8	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Lina Mª Quinto M.	1007059528	Lina Mª Quinto
3	Iam S. Mosquera R.	1076338300	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yisney Mosquera R.	1076333546	Yisney M.
4	Hellen V. Perea M.	1079102547	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Rosa Ins Perea M.	1007601337	Rosa I. P.
5	Sebastian Mosquera B	1076338823	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yilcisy Berrio I.	1076326988	Yilcisy B.
6	Rueiber Martinez M.	1076338764	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Mª Euvidia Mosquera	35697710	Mª Euvidalia
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Virgelina Morales

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MO12.FP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Agrupado la esperanza

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL.: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Yolber.A Hachito.Q.	1079103133	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yorledys Quinto.M.	1076322789	Yorledys Q.
2	Jhoswar.J. Hurtado	1076338734	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yasury Hurtado.A.	1076648571	Yasury.H.
3	Michell A. Mosquera.	1076338557	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Claudia M. Ibargon	1076820168	Claudia M.
4	Eitha.S. Torres.P.	1076339416	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Mª Isabel Perea.	1074095489	Mª Isabel
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Claritza M.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13_PP	28/03/2019
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MEB DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Agrupadola esperanza

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Mia E. Pava G.	1076338822	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Angie K. Pava G.	1076337855	Angie K. Pava
2	Javier M. Gonzalez P.	1076486662	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Angie. K. Pava. G.	1076337855	Angie. K. Pava
3	Mirlin Y. Renteria C.	1074687192	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Gloria P. Castillo A.	1077647998	Gloria P. Cast
4	Emmanuel Sanchez	1076337985	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Tatiana Córdoba B.	1076692245	Tatiana C,
5	Dehian J. Urrutia M	1079102970	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Leidy Y. Mosquera	1076333636	Leidy J. M.
6	Jhojan Farley M.	1079102617	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yovicy A. Mosquera	1133664278	Yovicy M.
7	Jhofar S. Córdoba W.	1079102863	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Mayerly Ubaldo H.	1076320879	Mayerly U.
8	Alan S. Julio O.	1076337739	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Ma Angelica O.	1193240799	Ma Angelica
9	Gabriel F. Mosquera	1076338080	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Mercedes Urrutia P.	35696023	Mercedes U.
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Claritza M.

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	30/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA:

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA G MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Yelcan S. Angulo M.	1195217770	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yilenis Martinez	1076818809	Yilenis M.
2	Andres M. Dominguez	1076339452	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yoemys E. Bohorquez	1076335157	Yoemys. B.
3	Hazlin H. Aguirre C.	1034933478	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Hellen O. Cortez H.	1003851583	Hellen D. C.
4	José Luis Córdoba I.	10761038857	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Leidy G. Ibargen	1004053020	Leidy Gisela
5	Kilian J. Hurtado M.	1076339000	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Kelly J. Medina D.	1076331878	Kelly J. M.
6	Luz Dorianny M.	1076338831	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Luz E. Quinto Q.	1149443 07	Luz E. Quinto
7	Carling W. Vivas M.	1079103182	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Ma Carolina M. M	1076326676	Ma Carolina
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Yehila A. M.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	25/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA:

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Cesar S. Mosquera	1076338657	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Mayaly Mindz. O	1076332355	Mayaly M.
2	Isabella Martinez. M	1067295657	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Tatiana Mgiz P.	1003361424	Tatiana M.
3	Yhaider A. Mosquera	1078472739	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Lady. V. Cossio	1076334419	Lady. V.
4	Yelfian Mosquera. R	1076338268	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Franco Riaño	1076330420	Franco R.
5	Angel. J. Murillo	1076238014	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Zulenita Pizarro. C.	1007597885	Zulenita P.
6	Eugenimo Pacheco	1076338572	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Florisda Martinez.	1076330466	Florisda M.
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Cthila A. M.

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	PLMO12.FP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Gloria Ordoñez

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL.: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUI RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Ami camila V M	1079102344	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					viviana murillo	3128269077	Viviana
2	pedro jos Rio	1076337832	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Estela murillo	3117214513	Estela
3	Anthone Gca	1076332057	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					leydy cartagena	3013656003	leydy
4	Marileycy c l	1079103021	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					francia quejo	3117092693	Franc
5	Isabela chocho	1079102839	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					cruz lopez	3126594 0001	CRUZ E
6	Jarlen Estmi p	1078859081	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Maria ordoñez	1500326501	Maria
7	Emily yarrit G	1076216992	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Ruli Gutierre	3143249823	Rubi
8	yo edy ca	1128730690	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					yomalis p	3124793001	Yoma
9	Dilan osorio q	1026797741	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					luz ney quejo	3217934693	Cruz n
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: _____ Gloria Ord-ñ

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.APO1.PP | Versión 3 | Clasificación de la información: Pública | Página 1 de 1

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Elena Ordoñez

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN, PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional y especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional				
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Lian Maik cho	1076339171	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Francisca chocho	3127092945	Francisca
2	Yhoel ramire	1076339041	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Maribel urutia	3126727376	Maribel
3	Daramany xaiera	1079103242	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Diana Mora	1076327157	Diana
4			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
5			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones: Gloria Ord

Firma: _____

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.IN012.PP	28/03/2019
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Flor Mary Mosquera

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Emily Camila Murillo	1079102583	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Nellis Melisa Sala	1079099669	mClisa Salas
2	Leiner Sanchez Valdera	1076338266	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Vanesa Valderrama	1079097572	Vanessa
3	Yeleidy sofia Asprilla	1079102983	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Leidy Prens	35696362	leidyprens
4	Yarianny Moreno M.	1076338311	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Fonci Leonny Mosquera	1076327803	Fonsf L. M. M.
5	Jerlin Dael Acevedo	1076338210	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Luz Eida Martinez	1149441372	Luz Eida
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Flor Mary

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PP13.FP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Flor Mary Mosquera

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Evany Amel Hurtado	1076338863	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Cruz Nelisa Mosquera	1010070036	Nelisa M.
2	Lauren Yulianny Mosquera	1076338865	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Laura sofia Solos	1790960464	Sofia Solos
3	Katerin Sulany Mosquera	1076338633	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yuli Francisco Hurtado	36 000 111	Yuli
4	Yensy Andrea Lozano	1079603176	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yeidy Elena Lozano	1076323230	Yeidy
5	Hilary Yareth Mosquera	1076339284	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Rocio oreSuela	35 697197	Rocio Emb D.
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma:

















BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MO13.PP	26/07/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Carmen Quinto

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL.: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Eidy Margarita M.	1079103289	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Tasin Lisseth Hurtado	1035978170	Tasin Lisseth H. P.
2			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
3			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
4			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Carmen Quinto Ruiz

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP | 28/03/2019
Versión 3 | Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Carmen Quinto

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN, PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Isaac David Galindo	1142525829	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Johana Rosero C.	1076324 647	Johana Rosero. C.
2	Yafrun Smith Mosquera	1079102681	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Diana Mosquera	1076335 096	Diana Mosquera
3	Jhonfer Palacios	1079102972	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Lorena Murillo	1007897599	LORENA M
4	Denis Palacios S	1079103048	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yans Vanesa S.	1128 844 598	Yans Vanessa
5	Mileidy Sanchez	1079102594	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Carmen Elena Q.	1076 382 977	Carmen Elena Quinto.
6	Freider Mosquera	1076333160	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Narly Zuñiga	1079 094653	Narly Zuñiga
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Carmen Quinto R.

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP | 26/03/2019
Versión 3 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Maria Enrina

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERÍODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Daiver smith Palacios	1128731763	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Mirely Orgueda	1007601607	Mirely orgueda
2	Emelyn D. Moreno	1076339356	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Maria Alcida orgueda	1076333470	Maria Alcida
3	Jireth Selene ocampo	1076338686	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Marlin Silena Quinto	1076326912	Marlyn Q
4	Luz Jhosary Urrutia	1076338998	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Luz Mary Hurtado	1076322941	Luz Mary.
5	Samuel enrique W.	1076339146	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Maria Yaneth P.	1076334845	Maria Y.
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Maria Enrina

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	28/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Maria Enorina

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL.: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Alber Andres P.	1079102927	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Ruth Daniela F.	1193445885	Ruth D.
2	Carlos A. Palacios	1076338264	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Mileivi Vanessa O.	1076327484	Mileidi
3	Freider E. Martinez	1076338200	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Sandra Martinez	1076323832	Sandra
4	Jhoarlinson Reyes	1076338265	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yuleidis orejuela	1076331669	Yurleidis
5	Jhordan S. Valencia	1079103123	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Norfa E. Valencia	26298152	Norfa Valencia
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Maria Enorina

Nombre legible de quien entrega:





BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	20/07/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Rosalba Ibargüen J

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL.: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Alexia P Murillo M	1079103175	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					clara y Murillo M	1193369028	clara yubis
2	Jonar S Mosquera M	1076338590	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Rosa An Moreno		Rosangela M
3	Hailin A Mosquera	1076338996	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					yolima walda	1136491190	yolima w
4	Alisson Murillo M	1076338916	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yurine Mosquera	1076333291	Yurine M
5	Anny Samanta R	1079103196	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Isa Mosquera	1076323019	Isa Mos
6	Mailen A Murillo	1079103162	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Mailen Moreno		Mailen M
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Rosalba Ibargüen

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	29/03/2019
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Rosalba Ibargüen P

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

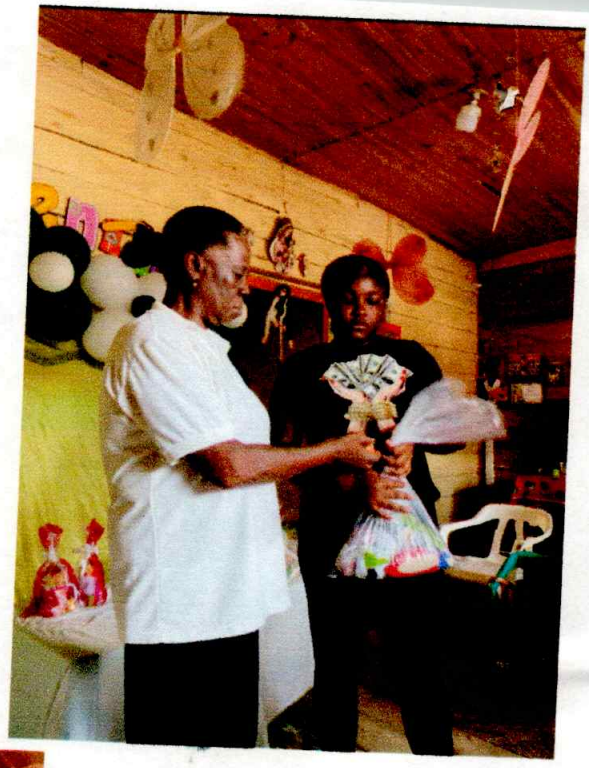
Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Danas Ibargüen	1076338593	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Juana O	1076339144	Juana O
2	Dexell D Rivas	1168213001	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Darwin Quiñ	1076344467	Darwin
3	Cristina I Cassiani	1076337829	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Ana orejuela	1076324402	Ana O
4	Anyel J Rivas	1076337948	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					yenifer M		yenifer
5	Jodian Es urrutia	1076338973	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Debra Su M	1076320992	Debora M
6	Arleidy Zamosquera	1078103236	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Marleidy Z		Marleidy
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

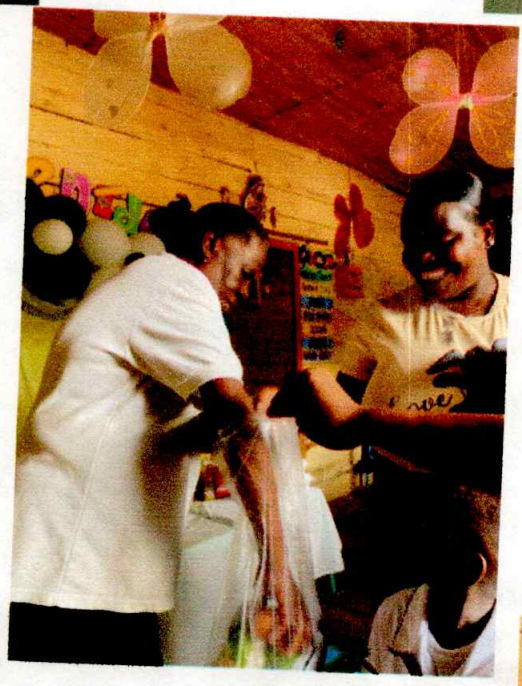
Observaciones:

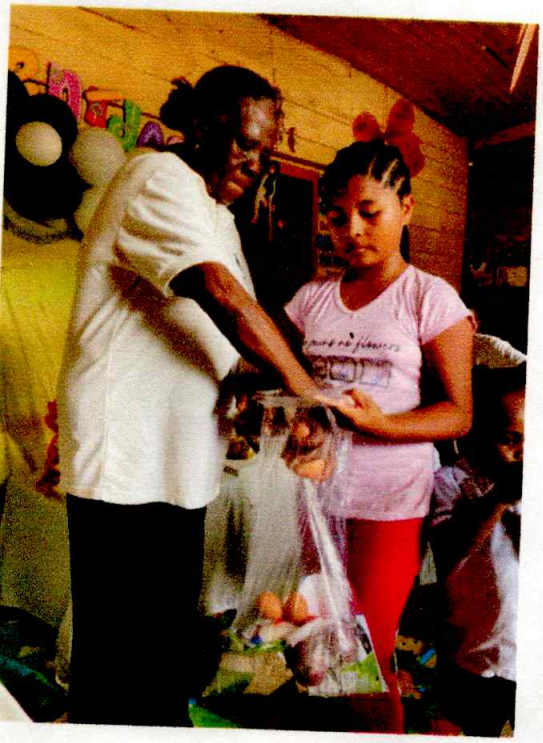
Firma: Rosalba I.

Nombre legible de quien entrega:











BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	29/01/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Hercilia

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Jesus Lesaid B	1076337879	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Janely Sala-	35696827	Janely
2	Dais Zahel Arb	1079102971	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Diana paola M	1004052758	Diana M
3	Emili Viviano Hin	1079102854	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Luisa Fernanda	1076321977	3735327
4	Marlin Dayana R	1020079160	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yulasy romaña	1045491370	3126098219
5	Perlin Andrea J.	1076338648	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Cruz darley		darley
6	Bebelon Naihara A.	1079402980	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Nicol Andrea Asprilla	1149444624	Nicol Aspirilla
7	Keidi Dawanny G	1076337915	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Dianny Garcia		Dianny
8	Dawanny Caribe	1076102762	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Veronica Uribe		Veronica
9	Hiller yoseth G.	1076338306	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Mayely Gonzalez	1133664682	Mayely
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Hercilia Pacheco

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PAO13.FP Versión 3	29/03/2019 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Hercilia

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

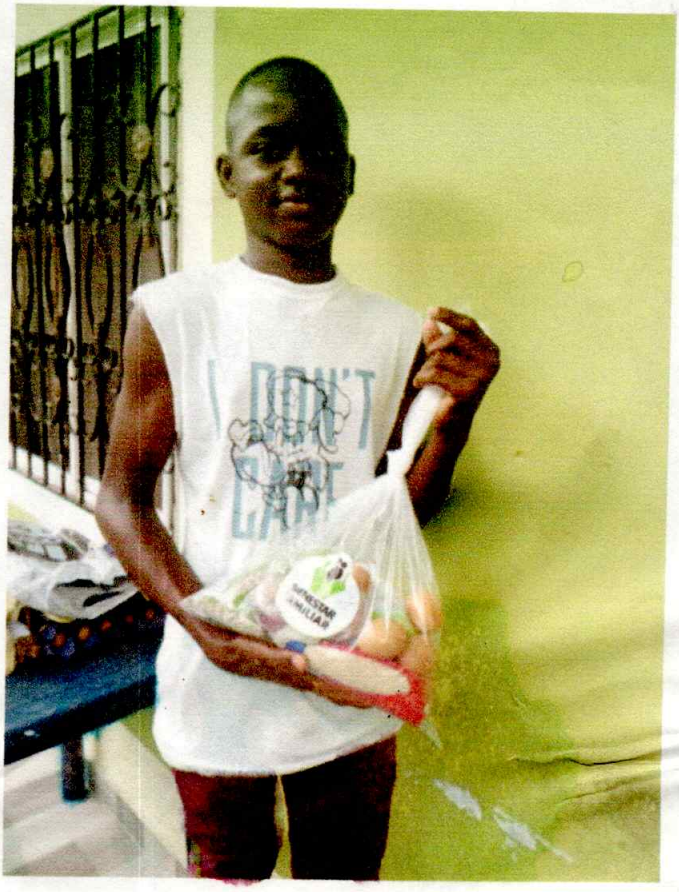
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

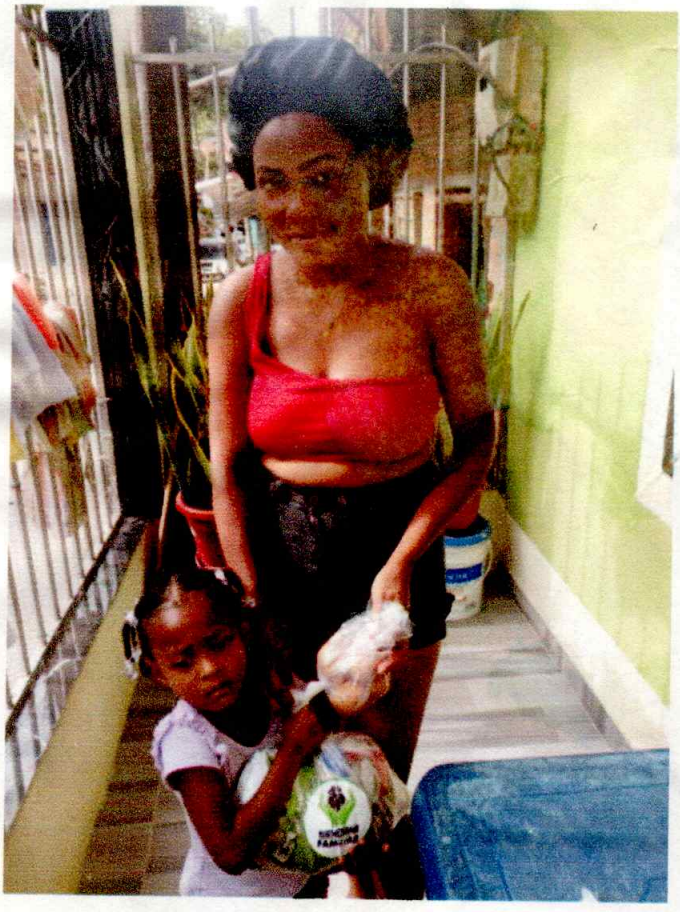
Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Samuel David Mena	1076339374	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Luisa Fernanda Mena y cordoba	1076321974	3135321998 Mena
2	IAN Zaid Cordoba	1076339070	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
3	Emili Daniela Or.	1079103262	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Johana B	1076322454	Johana
4	Johana B	1076322454	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma Hercilia del C









BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MO13.PP	28/03/2019
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Aide Velasquez.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

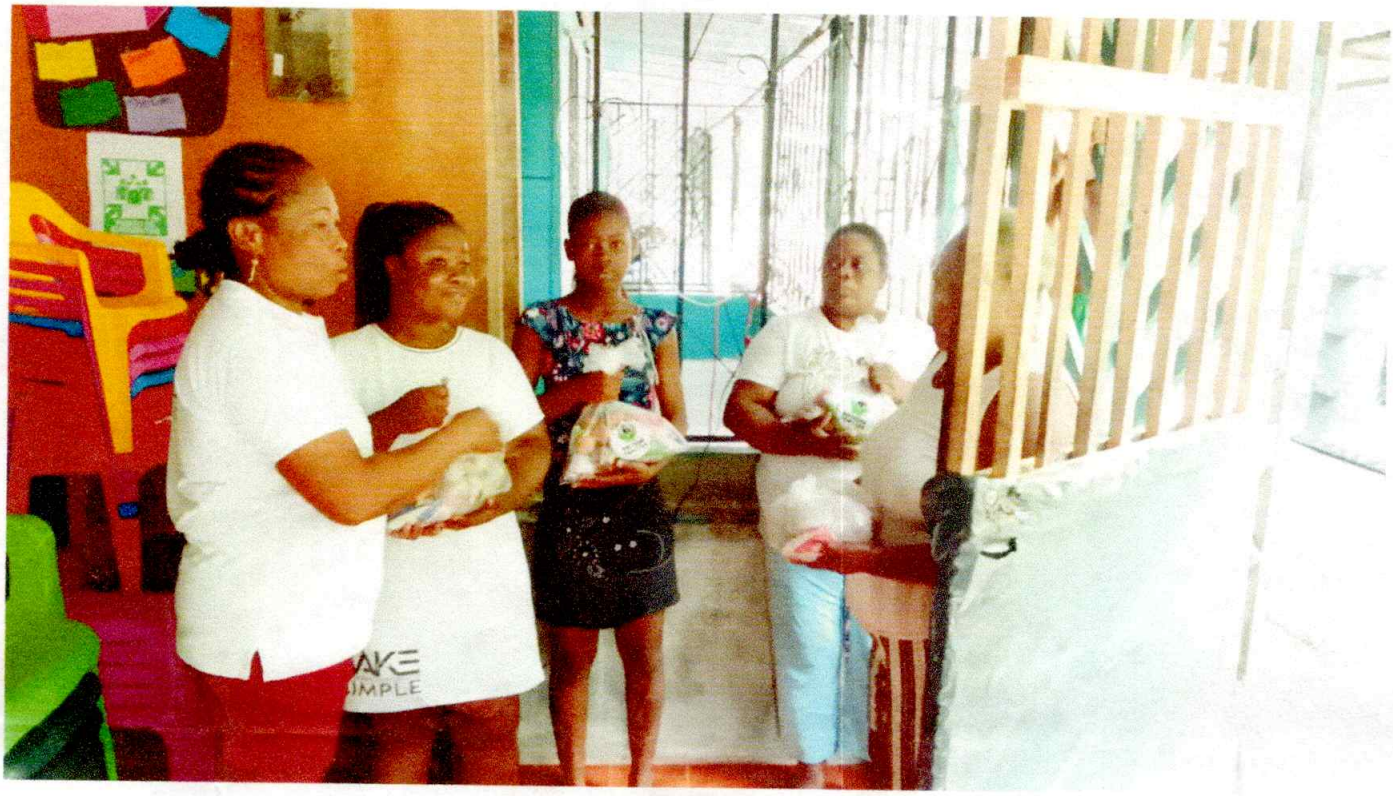
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN, PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Dilan Andres Cervera Valois	1079162846	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yulp P Pmd	1076329379	Yulp P.
2	Yuifer Yoel Abadia Moreno	1076338716	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Elga Samir C	1076329379	Elkin
3	Luz fabiana M.	1079103344	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Rosa maleidy m.	1079093212	Rosa maleidy
4	Kaitlin Amahia	1076338940	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					anaSaRid	26646469	cana
5	Sami yoleidy M.	1076339428	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Selmira lara	45980186	selmira
6	Yuifer Yoel abadia	1076338716	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yensy paola	1076331445	Yensy P.
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Aide Velasquez

Nombre legible de quien entrega:



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP Versión 3 Clasificación de la información Pública	30/03/2018 Página 1 de 1

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Katherine Figueroa

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL.: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Deisy Natalia	1036267897	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Luz Damarys M.	1003851274	Deiser
2	Marlen Dalchia	1076338750	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Danaida Palacios	1077600117	Danaida
3	Laura Isabel S.	1076339183	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Raquel Diaz	1079099102	Raquel Diaz
4	Emmanuel Josiah	1076339412	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Gloria Patricia	1076324651	Gloria Patricia
5	Aylin Estiven M.	1076339545	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Clarasi Yuliath	1148191749	clarasi Yuliath
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Katerine figueroa

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Katherine Figueroa

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN. PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Alber Antonio A.	1079102730	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Mª Pilar Monde	1076327390	
2	Luis Alexis M.	1076338518	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yileidy Gonzale	1001672155	
3	Dilan Esmit.	1079103320.	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Vanessa Medina	1148192055	Vanessa Medina
4	Genesy Mosquera	1076338466	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Martha Liliana	1076330504	
5			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Katherine F.

Nombre legible de quien entrega:



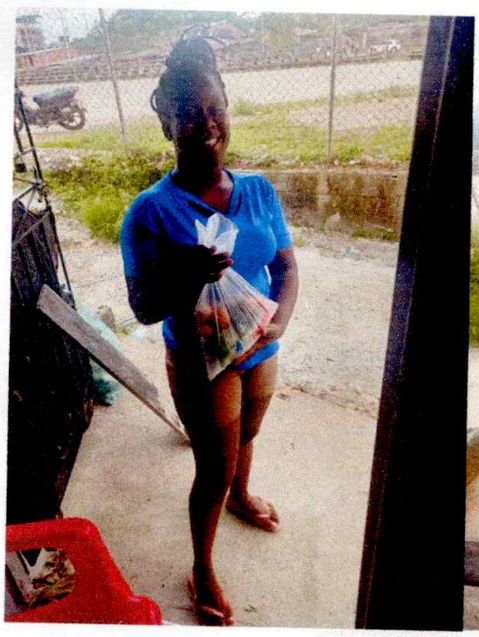
CAMON 20 •

24mm f/1.7 1/120s ISO100



CAMON 20 •

24mm f/1.7 1/120s ISO115



CAMON 20 •

24mm f/1.7 1/120s ISO93



CAMON 20 •

24mm f/1.7 1/120s ISO71



CAMON 20 •

47mm f/1.7 1/60s ISO82

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.FF	29/09/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique:_____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: ORFA Emilia

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Jhon Sandigo ASP	1034934450	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Ingridtorres	1076321513	Ingri
2	Jellinsamara ASP	1079103384	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					DorisAliciaMR	1079092481	Alicia
3	Joidy Gaviann y le	1079103264	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					America	35697934	America
4	Jhon Ariz	1079103044	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Venoza	1015069519	Venoza
5	Joirsmir	1076333130	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Zoro4	1129044748	Zoro4
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones: ORFA

Firma: ORFA Emilia

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: ORPA E.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

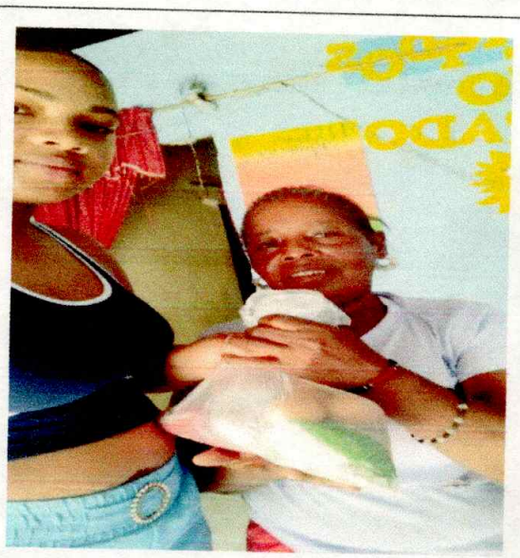
Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN/ PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Daxci Javianny	1079102892	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					America	336979 84	America
2	Gian Ecehomo C.	1078337856	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Dary	1129044748	Dary
3	Carlos Daniel C.R	1076383 43	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Lenis	1076323213	Lenis
4	Alis Joel Jordan	1078103304	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					yorleidys	1079097970	yorleidys
5			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones: orfa

Firma: ORFA EMILIA

Nombre legible de quien entrega:

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE RPP

	
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: La madre comunitaria le hace entrega del complemento a la madre del niño (a) de la reacción vacacional.	**DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD**: La madre comunitaria le hace entrega del complemento a la madre del niño (a) de la reacción vacacional.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE RPP

	
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: La madre comunitaria le hace entrega del complemento a la madre del niño (a) de la reacción vacacional.	**DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD**: La madre comunitaria le hace entrega del complemento a la madre del niño (a) de la reacción vacacional.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.M013.PP	29/5/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Helida.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERÍODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, sapecifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Zamara Gutierrez	1079102680	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Xenizeth Murillo	1004052815	Xenizeth
2	Marlyn Murillo	1076338043	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Mairo Riasgo	1170948 54	Mairo
3	Loslyn Salazar	1076338207	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Maria Johana	1133684060	Jhoana M.
4	Angel palacios	1076337966	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Maria Ligia M	1.128084304	Maria Ligia
5	Johan Mosquera	1076338010	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Maria Ligia M.	1.128084304	Maria Ligia
6	Yorlynodeta Murillo	1079102900	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yirleza Ruiz	1078986149	Yirleza
7	Jeidy Yudith P.	1076338338	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Diana patricia	1.076.329.859	Diana
8	Luis miguel Ruiz	1076338498	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Jonny Lorett	1079093055	Jonny Lorett
9	dilan smith cossio	1131045256	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Marlin Geovo	1149352885	marlin
10	Breider Daniel	1076338152	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Eleisa Murillo	1076320330	Eleisa
11	Breiner David	1076338153	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Eleisa Murillo	1076320330	Eleisa
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Helida

Nombre legible de quien entrega:

Helida Cordoba Asinto
CC 26328364
Tel. 4 323 4413602

B/ Inde pendencia. Valdez

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MD13.FP	26/02/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Helida C.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Luisa Emelina Riva.		3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Banny Loreth Gi	1079093055	Janny
2	Carlos Mur	1079 339 265	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Maricel Mena	35696898	Maricel.
3			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
4			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

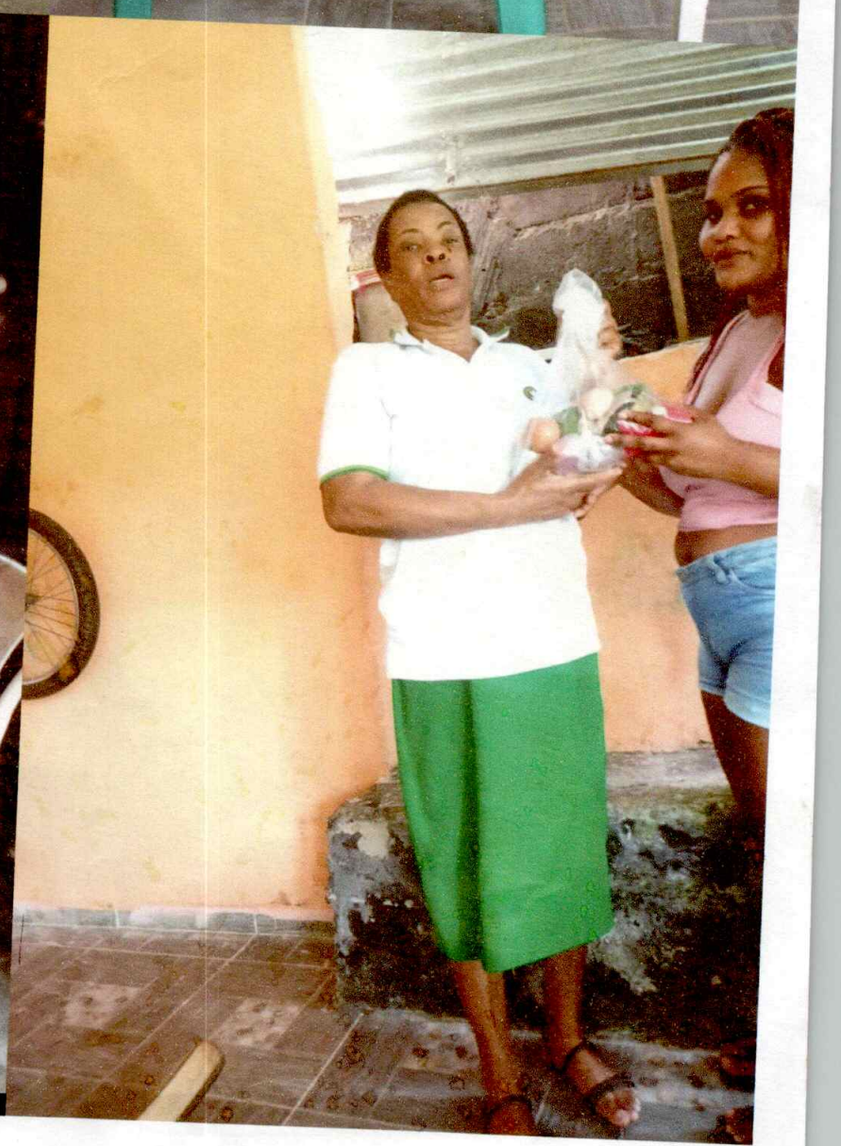
Firma: Helida

Helida Cordoba Quinto.
CC 26328364
Tel 323 441 36 02
B/on de pendencia Valdez









BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.IN013.PP	28/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Mª Fabiola Díaz

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN, PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Danny Saray L.	1079102624	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yulieth Conga	1'010.106.996	Yulieth Conga
2	Yesly Thaliana Ri	1027815966	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yulieth Conga	1'010.106.996	Yulieth Conga
3	Yustin Estiven Mo.	1076337977	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yuli Murillo	1133668463	Yuli M.
4	Zoe Sahiara Mosq.	1076337972	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Martha cardenas	1148193025	Martha
5	Zadhian D. Mosqu.	1076337973	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Martha cardenas	1148193025	Martha
6	Mª Luciana Palacios	1076338260	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Diana Patricia Qui	1336793097	Diana P.
7	Ismael Moreno Ri.	1079102929	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Carlina Riascos	1003756328	Carlina
8	Amaris Tireth Val.	1079102795	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yiranci	1076825061	Yiranci
9	Freilyn Yiseth Beni	1079102926	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Anny Yuliana Cord	1004047021	Anny Y. cordo.
10	Hailyn Sofia Medina	1076338286	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yutleicy Palacio	1079 32 239	Yutleicy
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Mª Fabiola Diaz w.

Nombre legible de quien entrega: 26331170

Mª Fabiola Díaz
cc# 26'331.170

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MD13.FP	26/02/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL.: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Mª Fabiola Diaz

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Xiara Jovianny H	1076338832	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					maria yaneth	1148192733	yaneth
2	Josuar David Diaz	1079103113	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Francy elena p.	1128846112	francy
3	Jhoan Andres Quint	1076339301	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Charol dayana	1128725662	charol mart
4			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma:

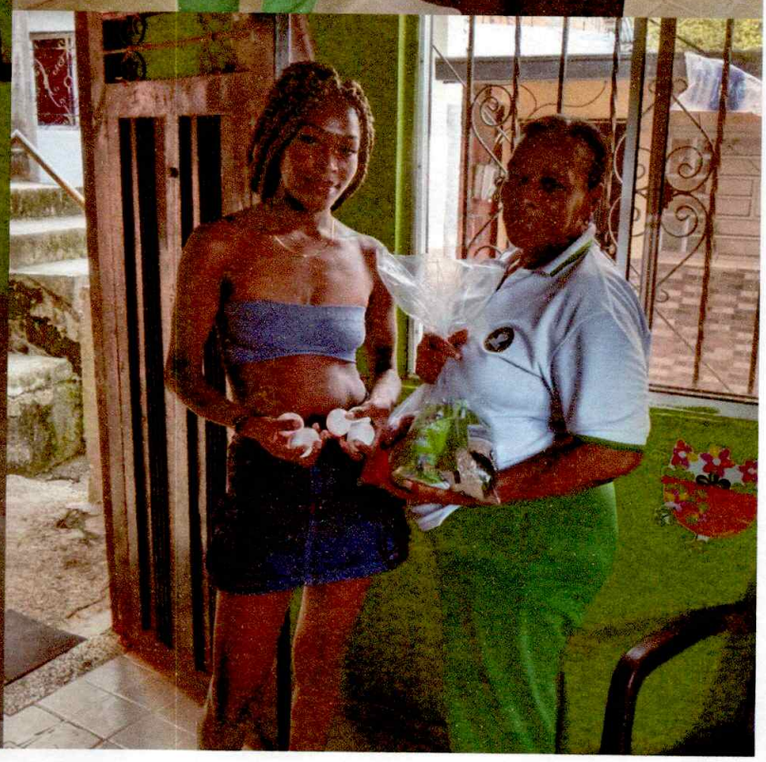
Mª Fabiola Diaz
CC# 20'331'170


BROOKLYN
NEW YORK









BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO11.PP	29/03/2018
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Viasney Murillo

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN, PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Iam Santiago Rivas M.	1079102539	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Farith Liliana Mosquera	1090095674	Farith Liliana
2	Anthony Smith Mosquera	1079102592	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Carmen Helena Mosquera	1079092147	Anyi Paola
3	Samuel Martinez Castro	1076338369	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Eley Johana Martinez	1003850425	Eley Martinez
4	Harlin Nayely Martinez	1079102857	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Eugenia Urrutia	100385908	Eugenia Urrutia
5	Maria Celeste Gutierrez	1076338520	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Luz Alejandra Gutierrez	1057756734	Luz Alejandra
6	Kylian Stiven Mosquera	1079103037	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yasi Mosquera Mosquera	1007059687	Yasi Mosquera
7	Yoimar Adrian Arboleda	1077201285	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yisel Torres Murillo	1078986427	Yisel Torres
8	Juan Esteban Mosquera	1079102885	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Sandra Milena Murillo	1193036489	Sandra
9	Darius Jhoel Valencia	1076338486	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Maria Eunice Valois	1079092438	Monica
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:

Viasney Murillo Torres
cc# 26328160

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.FP | 28/03/2019
Versión 3 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Vasney Murillo

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Eithan Damian Mosquera	1076338841	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yeidi Milena Valencia	1133679982	Yeidi Valencia
2	Dereh Yael Moreno Mosquera	1076338649	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Mariam Yiceth Mosquera	1010091440	Mariam Yiceth
3	Dian Steven Asprilla	1079103138	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Flor Didianny Hurtado	1076333290	Didianny
4			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma:

Vasney Murillo Torres
CC# 26'328160





BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP | Versión 3 | 29/03/2019 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información Pública

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Beatriz Elena Mosquera M.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Thiago David Murillo P.	1079103069	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Diana P. Palacios	1006052254	Diana PP.
2	Maylin Zahara Murillo C.	1076339007	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Ivet Sofia Cordoba	1076321626	Sofia C.
3	Marlin Isabella Duque M.	1076339330	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yaneth Yisela M.	1079099593	Yisela M
4	Derek Alexander Mosquera	1076339030	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Maria C. Quinto	1.076095725	Camila Q.
5	Beichell Tamara Moreno	1076338958	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Rosiana Araujo	1133679775	Rosiana G.
6	Yorladis Murillo M.	1076339036	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Loz Amparo Murillo	35.697354	Amparo Murillo
7	Owen Perea Torres	1-076339135	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Cruz Amparo Peria	1076401386	Cruz A P.
8	Gabriel Smith Cordoba	1079103295	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Antia Paola C.	1.079099865	Antia P
9	Iran Yeray Mosquera C.	1076339777	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Ana Santos Cordoba	1.007.507.079	Ana Santos C.
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: _____

Beatriz E. Mosquera
CC #26 322 809 ST

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	28/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Beatriz Elena Mosquera M.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN-PERÍODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Eily Abril Ibargüen Q.	1079102762	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Eimy Yoseth Quinto	1193607114	Eimy Q
2	Yailer Jose Mosquera M.	1079102869	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yasira Martinez	1076330758	Yasira14
3			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
4			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
5			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

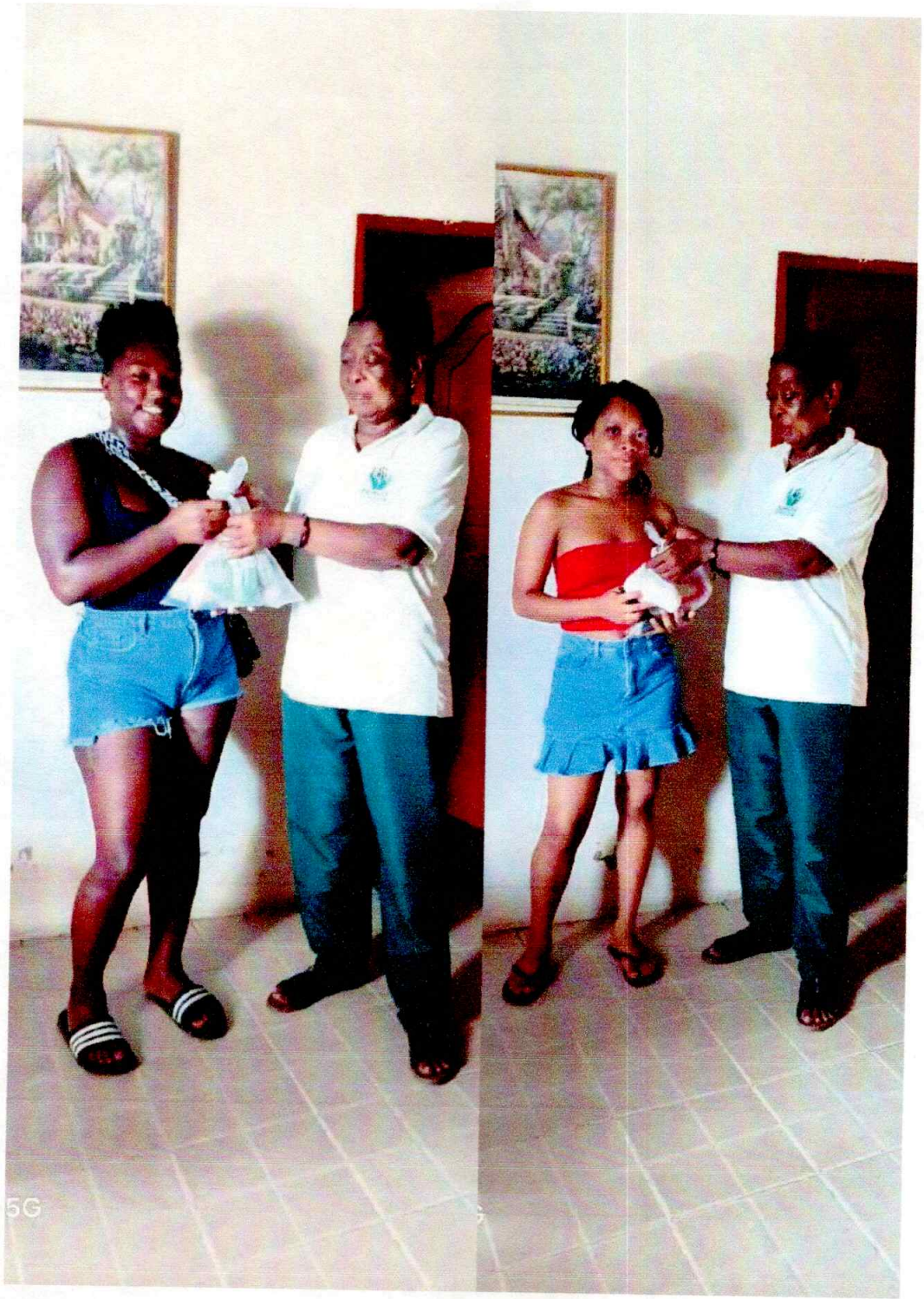
Beatriz E. Mosquera
CC 26'327.809 IST

Firma:_____

Nombre legible de quien entrega:










15 5G

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PM13.PP Versión 3	29/03/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Clementino V.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Freylin Valeria Quinto	1076338?	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Deicy Mosquera	1076334068	Deicy M
2	Danna Lireth Valencia	1079103029	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Liliana Rivas	1128024906	Liliana R
3	Liam Arom Mosquera	1076334955	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Kelly Reyes	1007597403	Kelly R
4	Deicy Sofia Murillo	1078338385	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Deicy Palacios	1007544074	Deicy P
5	Erick Joel Mena	1078102472	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Tatiana Manyoma	1193519199	Tatiana M
6	Johan Andre Murillo	1079109954	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Carolina Quinto	1076334660	Carolina Q
7	Yeison David Cordoba	1076338377	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Marina Mena	1076331583	Marina M
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Clementino V.

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PO13.F7	26/02/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Público	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Clemencia 4

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y canidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Cristel Naomi Carta	1076338709	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Danny Hurtado	1004601084	Danny H
2	Jhoan Elian Mosquera	1076338902	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Laura Rentería	1004948641	Laura R
3	Genesis Jired Rivas	1076338573	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Alcides Mosquera	1148451989	Alcides M
4			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma:_____

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	PLAN13.PP	20/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Leidy Estela

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Maria Perea	1075100910	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yirma Melissa	1007601547	Yirma Melissa
2	Yeilyn Mosquera	1076339290	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Paola Mosquera	1076333248	Paola M
3	weilyn Reyes	1079103200	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Digna Perea	1007601623	Digna
4	Paola Mosquera	0762	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Leidy Stella Murillo
35697262

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.SO13.PP	28/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Leidy Estella

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Maria C Hurtado	1128731645	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Ana Quinto	1079094106	Ana Quinto
2	Clara Moreno	1079102767	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Sari Yulessa	1.007507754	Sari
3	Sheilan Perea	1076338372	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Nuris Ibargüen	1003915372	Nuris
4	Tiago Murillo	1078859044	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Elizabeth Marcno	1079094941	Elizabeth
5	Yailer Rentería	1128730900	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yirna Perea	1007601547	Yirna P
6	Dilan Mosquera	1076338770	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					ANA INES MOSQUERA	1076332809	ANA MOSQUERA
7	Yeferson Mosquera	1079102690	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Tania Alissa	1133939060	tania
8	Yurianny Murillo	1076338276	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Luz Murillo	52527450	Luz Murillo
9	Wainer Padilla	1.63 23808	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Tania Urrutia	1076338425	Tania Urrutia
10	Melek lopez	1128626527	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Diana Rivas	1007623791	Diana
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

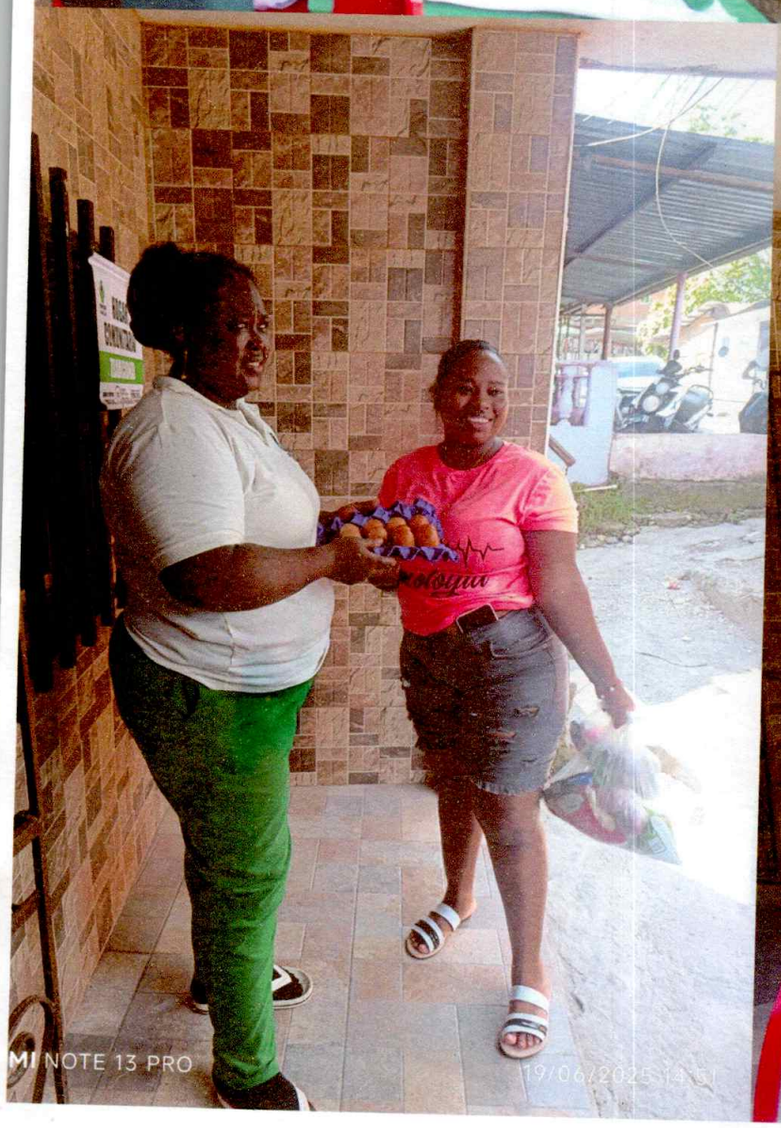
Observaciones:

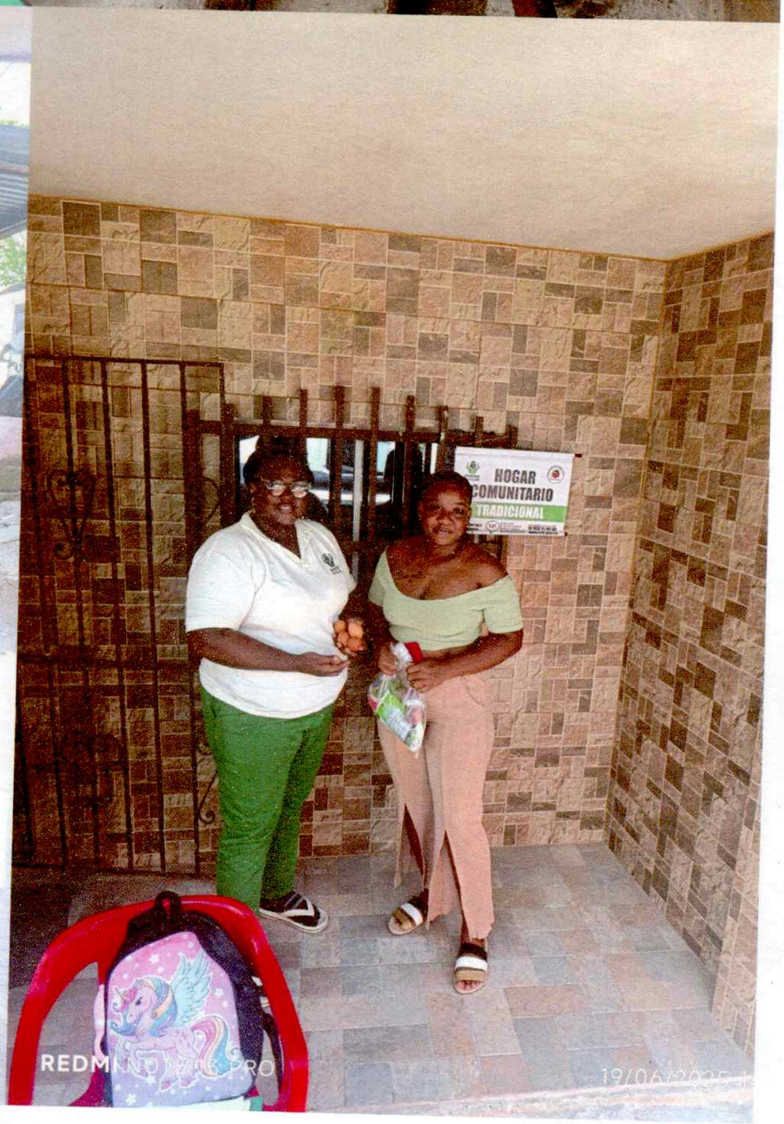
Firma: Leidy Stella Murillo

Nombre legible de quien entrega:


MI NOTE 13 PRO


24 HORAS
REDMI NOTE 13 PRO
19/06/2025


MI NOTE 13 PRO


HOGAR
COMUNITARIO
TRADICIONAL

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	28/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Milla

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN Y PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Shaire lerma M.	1076338296	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Lina Murillo	1.776.538.033	Lina
2	Neiffe Josues R.	1079102987	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Vanesa Hoyos	1076320715	Vanesa
3	Yeiny Katalepa	1076339038	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yarlenis Hoyos	1003 [illegible]	Yarlenis Hoyos
4	Flor steilyn C.	1079102787	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Leidy Jhoana C	1079096490	Leidy
5	Carlos David M.	1079102744	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Carmen A. D	1076327165	Carmen A.
6	Hazlin Michel C.	1076338329	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Ingri Licai	1079099733	Ingri
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Milsa el.

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MD13.PP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Miba

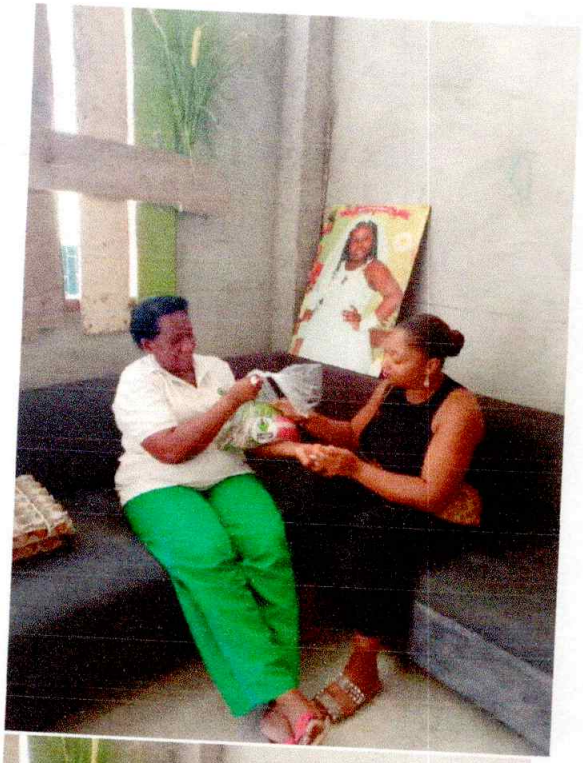
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Halder Dayhan R.	1076339136	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Victoria M.B	35696296	Victoria M.B
2	Ector Mena C.	1076339276	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yeiner Murillo	1076357352	Yeiner
3	Kenier Murillo	1076338296	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Katerine cordoba	1793079077	Katerine
4	Yeiser David E.	1076339159	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Erika Murillo	1079093450	Erika
5	Rossy Harlenny	1076338241	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Elis Victoria	1003650490	Elis Victoria
6	Angel Andres M	1079103266	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Nancy Cordoba		Nancy C.
7	Danio Cordoba.	1079103020	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Libia Cordoba	1076325142	Libia
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Nancy Cordoba	1003780423	Nancy
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Milsa Moreno











BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.PP013.PP	28/03/2018
Versión 2	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Minerva

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN Y PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Emily ximena	1076339075	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Elisa Palacios	1079095540	Elisa P.
2	Janny Yuliana	1076338917	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yuleisy Bravo	1006201942	Yuleisy
3	Zoe Valois	1128731828	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Mayerlis Valois	1133699110	Mayerlis
4	Harmony Cetre	1079103290	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yamaira Hurtado	35696701	Yamaira
5			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Minerva

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MO13.FP	20/03/2019
	Versión 3	Página 1 de 1
	Clasificación de la Información Público	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Minerva Rivas

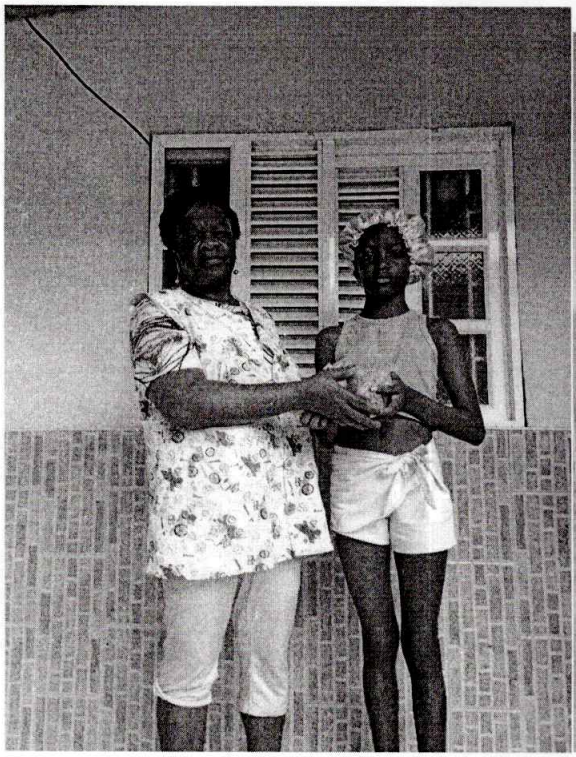
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023810027

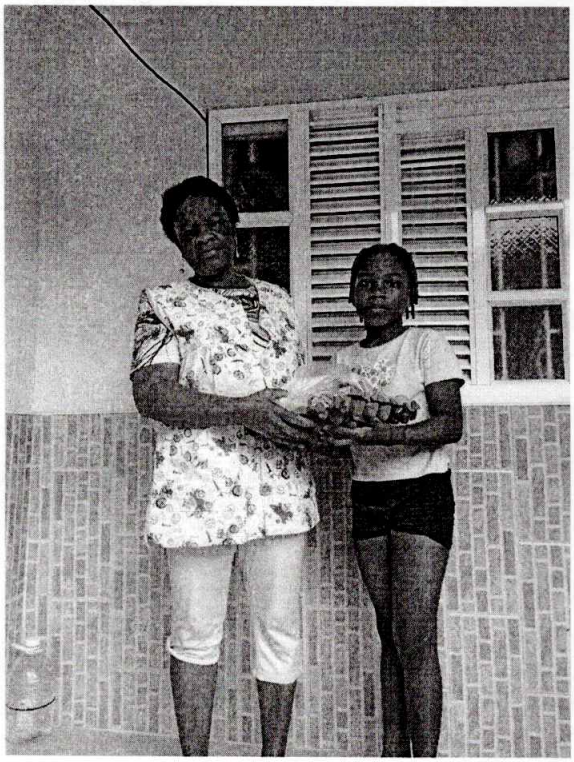
Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA G MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.										
1	Jesus lopez	1079102982	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Vanessa López T.	1079329837	Vanessa
2	Damian Morey	1074930548	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yulesi Morey	26786994	Yulesi
3	Ieyder Robledo	1078473433	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Neusy Blanco	1193429349	Neusy
4	Davianny cordoba	1076338334	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Luz Mosquera	1076320418	Luz
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Minerva R.







BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP	29/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1

Clasificación de la Información
Pública

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Edna(Aguda) García

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN, PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	AVRil. V. Hurtado	1076338519	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					carmen Ligia Gon	1076321190	Carmen L
2	Antony Jansvare B.	1078859142	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Sonia patricia	1076324327	Sonia pa
3	Jeanni Diaz Solis	1079102821	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Leidi Daniela Diaz	1004052297	Leidi diaz
4	cristal arrotia M.	1079102363	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Alexandra Mosquera	1076332623	Alexandra
5	Sateli Andrea	1076337859	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Elixjhoana orejuela	1.148191505	Elixjhoana
6	Smith Arboleda Hurt	1077486427	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Derlin Hurtado	1076321734	Derlin Hurt
7	Yelin Alejandra Hurt	1079102633	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yenny Cuesta Hur	1079093238	Yenny cuesta
8	Luis Carlos Hosquera	1079102818	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Veronica arrotia	1079093162	Ledi veron
9	Emerson Hosquera	1078694467	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Arleidi caceres	1.148192615	Leidi caceres
10	Jaider Arboleda H	1079102921	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Daira Murillo	1.28 024396	Daira Hurt
11	Derlin Arboleda	1077489370	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Derlin Hurtado	1076321734	Derlin
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma:

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MO13.FF	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Edna Garcia

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Yelcer S. cordoba H	1.076338839	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yuemi caicedo	1076823318	Yuemi caicedo
2	Daniel Mosquera	1076339574	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Arleidi caceres	1148196615	Arleidi caceres
3	Derlin Arboleda H	1077489370	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Derlin Hurtado	1076321734	Derlin hurtado
4			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma




REDMI 13C
27/06/2025 08:10




REDMI 13C
20/06/2025 10:35


PAUTAS
CRIANZA


REDMI 13C
20/06/2025 08:27


IRA





BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FT.MO13.PP	29/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDB/UBA /UCA: Juana Raquel

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027 27361000 66930

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Harlin Yireldary	1128730836	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yorladis Palacio	1133679223	Yorladis
2	Marisol Baron	1032195873	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Sol Fany Rivas	1045488082	Sol Fany
3	Zamora Y Achito	1079102882	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Bella C. Urrutia	1003850901	Bella Moreno
4	Janier Bogarin	1076338689	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Lorena Osorio	1076331235	Lorena Osorio
5	Isaac Aguirre	1035017723	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Diana Rios	1152192116	Diana Rios
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Juana Raquel

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.FP	29/05/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRC ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Juana Raquel

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Dulce maria Moreno	1076339299	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Leisa mosquera	1193114365	Leisa Mosq
2	Antonela Osorio	1030151529	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Lorena Osorio	1076321235	Lorena Osorio
3	Deimar F Foronda	1032085713	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Wendy Foronda	1077999508	Wendy F
4	Vianny mosquera	1076339476	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Geily mosquera	1079094667	Geidy Mosq
5	Mia victoria Quinto	1033207268	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Fernaba Palacios	35899253	Mª F Palac
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Juana Raquel


PAZ
ESTE
LUGAR
RAINHA
1 2 3 4 5
6 7 8 9 10

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MO13.PP	30/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Carmen Yimi

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	owen smith cordoba P.	1128731476	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					MAria leonIza	26313036	maria mosquera
2	erick david palacios	1178731418	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					orfelina palacio	35.601813	Orfelina palacio
3	isan Daniel quinto	1076338991	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					luzdelcarmen murillo	1198922841	luz murillo
4	Hasly Romina salazar	1079103015	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					yuranimosquera	1079094147	yuranimosqu
5	cristian smith mosquera	1076825336	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					YACeTh morales	1067633556 35	yaceth morale
6	Yeili viviana murillo	1076338430	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Nilsa murillo	1007507291	Nilsamurillo
7	mailyn dayana m	1076337861	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Mayerli martines	1074093129	mayerlimarti
8	karlin eduardin P.	1076303183	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					caterine Quinto	1004059993	caterineQ.
9	Celeste parra	1076339019	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Anjelica Ramires	11367924	anjelica R.
10	Antony David bargen	1076838717	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Ana maria Zanchez	11-930723 55	Maria Zanchez
11	Deimar yhoel torres	1079110242	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Isabel wAldo	1017316 63	Isabel wAldo
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Carmen Yimi

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	28/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Público	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Carmen Yimi

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

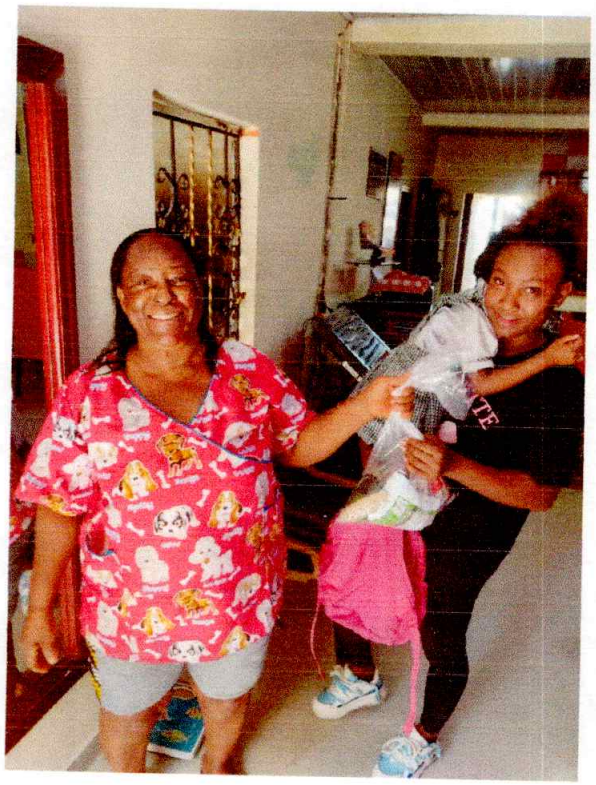
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

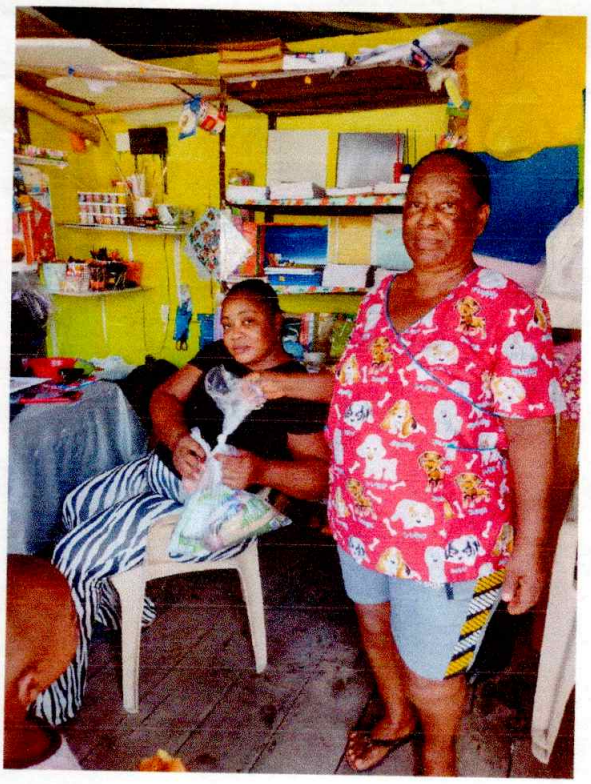
Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Yeicob mosquera	1023051132	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Fabiola mosquera	26803932	Fabiola
2			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
3			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
4			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
5			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Carmen Yimi

Nombre legible de quien entrega:









BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	29/03/2016
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Agrupados los corazones

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Luisa F. Mosquera R.	1076337755	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Jhonny Anselmo Rivas	1003914498	Yonny Rivas
2	Luz Ester Benitez U.	1078103856	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Silvia Adriana Urrutia	1007597651	Silvia A
3	Edwin Garcia Delgado	1076337949	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Celsa Marina Delgado	35696713	Celsa Marina
4	Erick Santiago Palacios M.	1077436514	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Clara Rosa Murillo S.	1133664258	Clara
5	Salomé Ibarguen Ríos	1076338467	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					María Lili Ríos Hurtado	1023896339	Maria Lili
6	Janer Arley Florez M.	1076337839	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Lisandra Mosquera M.	1193083042	Lisandra
7	Alan Andres Arcos S.	1079102574	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					María Liliana Sanchez	1076321558	Liliana Sánchez
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Edmira Hinestroza

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.FP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Agrupado (5 grazonal)

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Kiara Yiseth Mosquera V.	1076 338724	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Nelly Marcela Valencia T	1076092678	Nelly Valencia
2	Carolin Andrea Mosquera	1079103208	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Angie Liseth Mosquera	1079094731	Angi Liseth
3	Yuberlin Amaian Hurtado H	1076338628	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Victoria Hurtado Hinestroza	1133664279	Victoria H
4			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
5			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
6			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
7			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
8			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
9			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Celmira Hinestroza


HOGAR
COMUNITARIO


HOGAR
COMUNITARIO
AGRUPADO


HOGAR
COMUNITARIO


HOGAR
COMUNITARIO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F.LA0013.FP	
Versión 3	29/01/2018
Clasificación de la información: Pública	Página 1 de 1

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Agrupada (los Corazones)

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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 USUARIO DEL	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional y especifique Nombre y Cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	Wendy Dayana Mosquera	1011419775	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yesica P. urrutia	1076822 977	Yesica
2	Mosual Alexandro Cordoba	1076338 516	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Karla Alexandra Mosquera	1076 325 671	Karla Mosquera
3	Jean Paul Prentería Chavez	1076338 274	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Yorleidys Chavez M.	1003915025	Yorleidys
4			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
5			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Luz Marina

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FLA013.FP	30/05/2018
Versión 3	Página 1 de 1

Clasificación de la información
Pública

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso__X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Agrupados los corazones

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional				
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.														
1	Axel David Giraldo M.	1076339450	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Karla Alexandra Mosquera	1076325671	Karla Mosquera
2	Dioselin A. Murillo M.	1076339325	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Luz Adriana Murillo	1133729735	Adriana Murillo
3	Heider S. Valois B.	1076339063	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					María Barbara Bonilla	1143928673	María Bonilla
4	Wesley N. Moreno B.	1076339096	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Rosa M. Barahona L.	1078986675	Rosa Barahona
5	Yver Smith Rivas B.	1076338838	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Luz Nereida Benitez	1078986869	Luz Benitez
6	Jhoicer Gael Moreno M.	1076339402	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yesica Yohana Murillo	1076321251	Jesica Murillo
7	Anthony X. Barahona M	1076338584	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Mirian Y. Barahona	1078986967	Mirian
8	Yosuar Stiven Murillo T	1076338791	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Yelisa Tovar Murillo	1078986357	Yelisa Tovar
9	Yoncer Andres Mosquera	1128089734	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					María Daily Mosquera	1128089213	María D. Mosquera
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Luz Marelo


HOGAR
COMUNITARIO


COMUNITARIO


HOGAR
COMUNITARIO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FLAN015.PP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Agrupados (Corazon)

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE LIQUIDA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	Elit Zamara Noguera	1128026 288	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Zamara A. Noguera	1076322 659	ZAMARA N.
2	Isaac Noguera M.	1079102896	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Benis Noguera G.	1076335067	Benis M.
3	Mª Alejandra Pinas B.	1076338109	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Kely Benitez	1076322327	Kelly benite
4	Angel Isaac Torres V.	1076338569	3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS					Monica Valderrama	1010099720	Monica V. G.
5			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
6			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
7			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
8			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
9			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
10			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
11			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
12			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							
13			3/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	5 UND	250 g	1LTRS							

Observaciones:

Firma: Aura Nelis Sánchez

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.FP	20/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA
NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMILIAR COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB TRADICIONAL Y JARDINES COMUNITARIOS

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso___X_ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Agrupados (3) (Cordoba)

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL.: HCB ISTMINA

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:27023610027

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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 DEL RESPONSABLE USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-2 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Nombre y cantidad	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional			
									Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.										
1	Manuela Arboleda O.	1076389160	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Lidys Orejuela	1076326876	Manuel E Arboleda
2	Deicy Lilianny Sanchez	1078474098	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Leidy Sánchez	1128024639	Leidy Sanchez
3	Marian Celeste Cordoba	1076338852	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Ma Yoinsy Ibargüen	1133664035	Ma Yoinsy Ibargüen
4	Danna Violeta Mosquera	1113871930	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Paola Jimenez M.	1076329652	Paola Jimenez
5	Miguel A. Estrada P.	1076338584	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Anlli Bejarano	1017177080	Anlli B.
6	Yorsy Davianny Rivas	1031949728	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Karina Perea	1003853916	Karina Perea
7	Louise Mariana Cuesta	1077487961	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Maritza Arboleda	1128024085	Maritza A.
8	Ruchariison Asprilla Rivas	1076338989	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Jessica Rivas	1193562504	Jessica Rivas
9	Joseph Miguel Narciso	1076339148	3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g					Norelis Noriega	1038435296	Norelis Noriega
10			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
11			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
12			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							
13			3/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	5 UND	250 g							

Observaciones:

Firma: Aura Nelis Sánchez


HOGAR
COMUNITARIO
AGRUPADO


HOGAR
COMUNITARIO
AGRUPADO


HOGAR
COMUNITARIO
AGRUPADO
NEW YORK
10


HOGAR
COMUNITARIO
AGRUPADO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

Fl.MO13.PP	29/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ___COMUNITARIA___

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI___

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

MES DE ENTREGA: 06

NOMBRE DE LA EAS: ____FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA __PIEDAD ARRIAGA __

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	ARROZ AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSECHA	CEBOLLA	LECHE	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TRIGO	PANELA	FRIJOLE	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	HUEVO DE GALLINA	Alimento de alto valor Nutricional BINESTARINA MAS	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIÉN RECIBE LA RACION
					NIÑOS DE 3 AÑOS A 5 AÑOS																	
1	GERONIMO MOSQUERA	1076339052		12-6-22	X	1000 G	500G	500G	500G	500G	500G	760G	500 G	500G	250G	500G	1000G	500CC	30 UND	900 G	CARMEN MURILLO	1076333665	
2																						
3																						
4																						
5																						

Observaciones:

Firma: Piedad Arriaga

Nombre legible de quien entrega:

Firma: Estella Yamalima.

Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCION Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MO13.PP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI___

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

MES DE ENTREGA: 06

NOMBRE DE LA EAS: ____FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___PIEDAD ARRIAGA _____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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 1-2 AÑOS	ARROZ AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSEHCA	CEBOLLA	LECHE	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	HUEVO DE GALLINA	Alimento de alto valor Nutricional BIENESTARINA MAS	NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
1	MARIA VALENTINA QUINTERO	1076339303		12/6	X	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	GISELA PERA	1003851065	Gisela
2	ELIAN JOSUE CASTILLO	1077488264		12/6	X	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	AMILKAR CASTILLO	1078918878	AMILKAR

Observaciones:

Firma: Piedad Arriaga

Nombre legible de quien entrega:

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.MO13.PP	20/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI____

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

MES DE ENTREGA: 06

NOMBRE DE LA EAS: ____FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____PIEDAD ARRIAGA _____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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														Alimento de alto valor Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					MUGER GESTANTE Y LACTANTANTE	ARROZ	AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TIGO	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSECHA	CEBOLLA	LECHE EN POLVO	FRIJOLE	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	PANELA	HUEVO DE GALLINA	BINESTARINA MAS			
1	FLOR MOSQUERA	1076320282	3/02/2025	12-06-2025	x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	5OOG	30 UNID	900 G	FLOR MOSQUERA	1076320282	Flor
2	LILIANA MOSQUERA	1076325506	3/02/2025		x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	5OOG	30 UNID	900 G	LILIANA MOSQUERA	1076325506	Liliana
3	JASELIN MURILLO	1131185850	3/02/2025		x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	5OOG	30 UNID	900 G	JASELIN MURILLO	1131185850	Jasel
4	OLEISA ANGULO	1089512600	3/02/2025		x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	5OOG	30 UNID	900 G	OLEISA ANGULO	1089512600	oleisa
5	ROSY IBARGUEN	1003914921	3/02/2025		x	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	5OOG	30 UNID	900 G	ROSY IBARGUEN	1003914921	Rosi

Observaciones:

Firma: Piedad Arriaga

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

PEDIDO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.PP.13.FT-77	25/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI____

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

MES DE ENTREGA: 05

NOMBRE DE LA EAS: ____FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ____PIEDAD ARRIAGA

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Alimento de alto valor Nutricional									NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					6-11 MESES	ARROZ	AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSECHA	CEBOLLA	LENTEJA	ACEITE	HUEVO DE GALLINA	BINESTARINA MAS			
1	DEIMARY CORTEZ	1076339595		22/05/2025	X	1000G	500G	500 G	500 G	500 G	500 G	1000G	500CC	15 UND	900 G	MARIA CORTEZ	1076333513	Maria Cortez
2	ZAHIEN ASPRILLA	1077490772			X	1000G	500G	500 G	500 G	500 G	500 G	1000G	500CC	15 UND	900 G	FANNY ASPRILLA	1003915164	Fanny Asprilla
	ELIANNY MARTINEZ	1079103516																
3	DYLAN BENITEZ	1079103528			X	1000G	500G	500 G	500 G	500 G	500 G	1000G	500CC	15 UND	900 G	ELIANA MARTINEZ	1007059018	Eliana M.
																ELMER MURILLO	1076332452	Elmer

Observaciones:

Firma: Piedad Arriaga

Nombre legible de quien entrega:

Firma: Representante Legal EAS o su delegado

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

Impreso sólo cuando sea absolutamente necesario y en ambas caras cuando sea posible.

La información contenida en este documento es confidencial y de carácter reservado de acuerdo con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Nacional Ley 1712 de 2014

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP	29/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ___COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI___

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS:____FUNDACION PAZCIFICO VIVE_____NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____MIRNA CORDOBA _____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Alimento de alto valor Nutricio						NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					6-11 MESES	ARROZ	PASTA ALIMENTICIAS	FRIJOLE	ACEITE GIRASOL	HUEVO DE GALLINA	BINESTARINA MAS			
1	SARETH VIVIANYS QUINTO	1076339628		6-junio-2025	x	250 G	500 G	500 G	250 CC	44OG	900 G	YIMY URRUTIA	1007597653	Yimy
2	JAILYN ISABELA LOZANO	1076339644		6-junio-2025	x	250 G	500 G	500 G	250 CC	44OG	900 G	DEICY GOMEZ	1076328010	Deicy
3	KEIDY LOZANO	1076339564		2-junio-2025	x	250 G	500 G	500 G	250 CC	44OG	900 G	YULITZA MORENO	10075455180	Yulitza

Observaciones:

Firma: MIRNA CORDOBA

Nombre legible de quien entrega:

Firma: Yimy P. Amaol

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI-IN013.PP	23/05/2019
Versión 2	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: COMUNITARIA

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI

RACIÓN: Mensual Vacaciones o Receso Otro Especifique:

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA MIRNA CORDOBA

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL:

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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															Alimento de alto valor Nutricional	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					MUGER GESTANTE Y LACTANTANTE	ARROZ	AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	HARINA DE MAIZ	HARINA DE TIGO	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSECHA	CEBOLLA	LECHE EN POLVO	FRIJOLE	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	PANELA	HUEVO DE GALLINA	BIENESTARINA MAS			
1	MARIA MOSQUERA	1007545162			X	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	MARIA MOSQUERA	1007545162	Maria
2	KAREN LORANA URRUTIA	1079094246			X	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	KAREN LORANA URRUTIA	1079094246	Karen
3	YADIRA PALACIOS	1076330208			X	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	YADIRA PALACIOS	1076330208	Yadira
4	ELISA MOSQUERA	1079093789			X	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	ELISA MOSQUERA	1079093789	Eliso
5	LUZ MOSQUERA	1133664337			X	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	LUZ MOSQUERA	1133664337	Luz
6	YASURY CONSUEGRA	1077998700			X	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	YASURY CONSUEGRA	1077998700	Yasury
7	DARILESSI MOSQUERA	1079099600			X	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	DARILESSI MOSQUERA	1079099600	Darilessi
8	YIRLIS NORLEY CAICEDO	1076320395			X	2000G	1000G	1000G	1000G	500G	1000G	1000G	1000G	1800G	1500G	1500G	1000CC	500G	30 UNID	900 G	YIRLIS NORLEY CAICEDO	1076320395	Yirlis

Observaciones:

Firma: MIRNA CORDOBA

Nombre legible de quien entrega:

Firma:

Representante Legal EAS o su delegado

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP	28/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ____COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI___

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

MES DE ENTREGA: JUNIO

NOMBRE DE LA EAS:____FUNDACION PAZCIFICO VIVE___NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____MIRNA CORDOBA ____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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											Alimento de alto valor	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NIÑO DE 1-2 AÑOS	ARROZ AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSEHCA	CEBOLLA	LECHE	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	HUEVO DE GALLINA	BINESTARINA MAS				
1	SHARON URRUTIA	1078475119			x	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	KELY AGUILAR	1077461137	KELLY
2	DEHIAM URRUTIA	1079103280			x	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	YIMI URRUTIA	1007597653	Yimi
3	LUCCAS MORENO	1079103327			x	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	DEICY GOMEZ	1076328010	Deicy
4	DEILY MARTINEZ	1079103433			x	1500G	500G	500G	500G	500G	500G	380G	1000G	500CC	30 UND	900 G	DALIS MORENO	35697691	DALIS

Observaciones:

Firma: MIRNA CORDOBA

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FT.MO13.PP | 29/03/2019

REGIONAL: ____CHOCO_____ CENTRO ZONAL: _____ISTMINA_____ MUNICIPIO: _____ISTMINA_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: ___COMUNITARIA____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____HCB FAMI___

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

MES DE ENTREGA: 06

NOMBRE DE LA EAS:____FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR___NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ____MARIA MILVIA QUINTO_____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____HCB ISTMINA BARRIO CUBIS SECCTOR CALLE 100_____

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº 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	Alimento de alto valor Nutricional										NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					6-11 MESES	ARROZ AVENA	PASTA ALIMENTICIAS	PAPA	NARANJA O FRUTA DE COSEHCA	CEBOLLA	LENTEJA	ACEITE GIRASOL	ACEITE	HUEVO DE GALLINA	BINESTARINA MAS			
						Especifique cantidad entregada o colocar un guion si el alimento no se entrego en el paquete												
1	ABDI ALAHIA MARTINES	1076339772		12/06/25	X	1000G	500G	500 G	500 G	500 G	500 G	1000G	500 CC	500CC	15 UND	900 G	ROSA OMAIRA QUINTO	1011394077	ROSA
2																			
3																			
5																			

Observaciones:

Firma: MILVIA QUINTO

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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

Tratamiento de datos personales de este documento de conformidad con la LEY 1581 DE 2012 y el DECRETO 1377 DE 2013.

LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SE ACOGEN A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012