FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS

ENTREGA DE RPP

Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

BIENESTAR FAMILIAR

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

FI.M0S1.F09	30/10/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Público	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Ist

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Hogar Comunitario

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Hogar Ana Quinto

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 100

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

Nº CUPOS	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO 11 BOLSAS DE 200 G)	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 QUINTO CHOCHO	1035650979	03/02/2025	5			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DANILZA CHOCHO GUACORIZO	1193043462	Manuel Quinto
2	GEISY OREJUELA OREJUELA	1076338099	03/02/2025	2			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CINDY PAOLA MOSQUERA MORENO	1076521812	Cindy
3	JHOAN OREJUELA MARTINEZ	1076338267	03/03/2025	1			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YASHEY MARTINEZ QUINTO	1076323350	Yasney
4	MARIA BELEN MARTINEZ QUINTO	1076338507	03/02/2025	66			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CLAUDIA QUINTO MARTINEZ	1076337854	Claudia
5	DELANY QUINTO MOSQUERA	1076338807	03/02/2025	1			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUZ AURORA MOSQUERA HURTADO	1007507000	Luz Aurora
6	ALIX SHAIRETH PALACIOS WALDO	1079102886	03/02/2025	19			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA SAYI WALDO HURTADO	1076329721	Maria Sayi
7							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
8							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
9							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
10							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							

Observaciones:

Firma: Ana Quinto

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

FLNO12PP | 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: Hogar Comunitario
NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____
RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso X Otro __ Especifique: _____
MES DE ENTREGA: Junio
NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Suenos Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Hogar Ana Quinto
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE 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
					INN 6-11 M	INN 1-2 A y 11 M	INN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	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	MAEL ARLET QUINTO MARTINEZ	1020243578	03/02/2025	52		X			500 g	250 g	300 g	250 g					MARIA YARLEY MARTINEZ MOSQUERA	1133664080	MYarley
2	LUCAS ANDRES QUINTO MOSQUERA	1077488380	03/02/2025	20		X			500 g	250 g	250 g	250 g					CARMENZA MOSQUERA OREJUELA	1076325542	Carmenza
3	AKEMY MOYA CORDOBA	1078104237	03/02/2025	66		X			500 g	250 g	200 g	250 g					VANESSA MOYA CORDOBA	1077427784	Vanessa
4	LIZ YOHARY MOSQUERA QUINTO	1079103128	03/02/2025	19		X			500 g	250 g	150 g	250 g					Ketty Johana QUINTO orejuela	1076326836	Ketty
5						X			500 g	250 g	100 g	250 g							
6						X			500 g	250 g	50 g	250 g							
7						X			500 g	250 g	250 g	250 g							
8						X			500 g	250 g	250 g	250 g							
9						X			500 g	250 g	250 g	250 g							
10						X			500 g	250 g	250 g	250 g							

Observaciones:

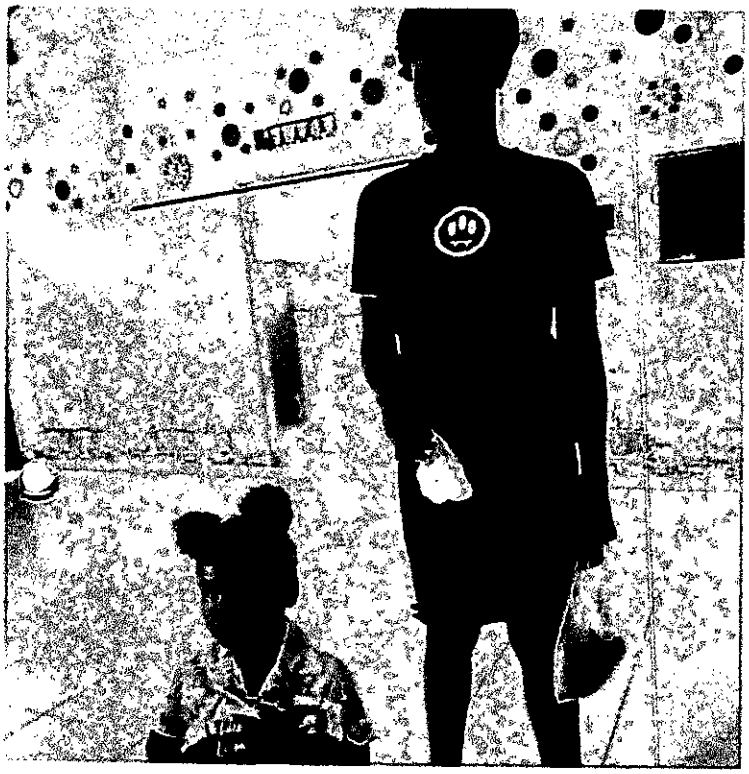
Firma: Ana Quinto

Nombre legible de quien entrega:

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







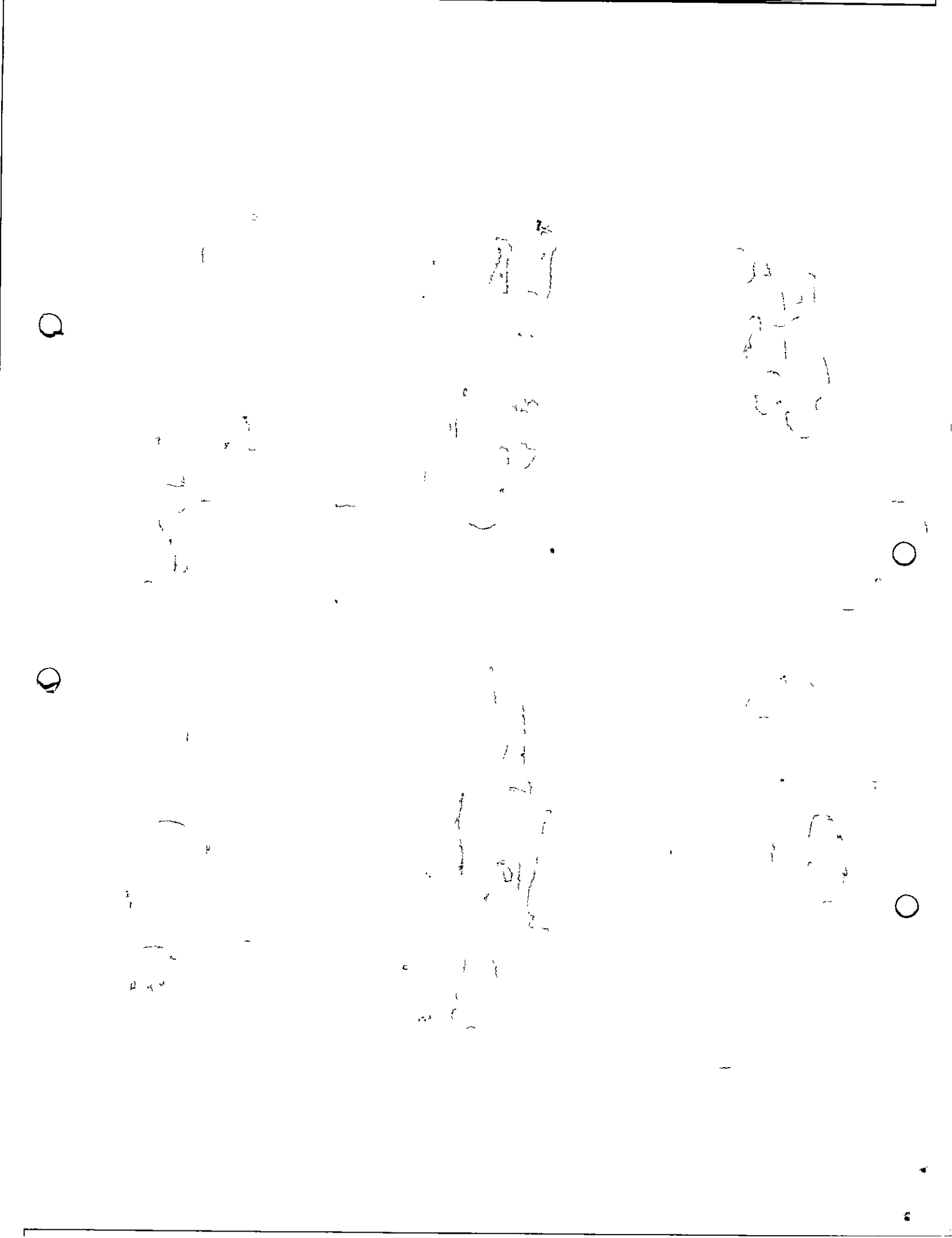










BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P.PROM.PF	28/02/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Hogar Comunitario

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Gloria Cecilia

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Anótela 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 DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
					MN 6-11 M	MN 1-2 A y 11 M	MN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO 11 BOLSAS DE 380 G)	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Medida 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	ANYELI OSPINA CASARRUBIA	1071441232	03/02/2025	19-06-25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DEIBY LUZ OSPINA CASARRUBIA	1192895411	Deibi luz
2	JAIDER ANDRES PALACIOS OREJUELA	1076338235	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUZ VIASNEY OREJUELA MORENO	1004052534	ANELLY
3	JASSIEL WALDO QUINTO	1076338556	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUZ MERCEDES QUINTO QUINTO	1193402926	luz marina
4							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
5							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
6							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
7							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
8							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
9							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
10							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							

Observaciones: _____

Firma: Gloria Cecilia 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

P1.SO12.FP	23/03/2018
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Público	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Chocó MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Hogar Comunitario

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundación sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Hogar Gloria e.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: calle 700

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/M M/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 NIÑERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	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	EILEEN SOFIA QUINTO QUINTO	1076338615	03/02/2025	25		x			500 g	250 g	300 g	250 g					DEISY YOMAIRA QUINTO MOSQUERA	1076331655	Daisy
2	YEILIN NAHIA QUINTO MOSQUERA	1076338661	03/02/2025	1		x			500 g	250 g	250 g	250 g					YENIA MOSQUERA	1076333073	Yania
3	DAILEN OREJUELA RODRIGUEZ	1076338887	03/02/2025	6		x			500 g	250 g	200 g	250 g					LEDISCEL OREJUELA RODRIGUEZ	1076332831	Ladiscelo
4	SOILETH JOHAISYS MOSQUERA QUINTO	1076339040	03/02/2025	0		x			500 g	250 g	150 g	250 g					SOLEDAD QUINTO QUINTO	1003850435	Soledad
5	YOSMER ELIAM QUINTO CORREA	1076339047	02/05/2025	1		x			500 g	250 g	100 g	250 g					ELIDA MARIA CORREA MOSQUERA	1128724494	Elida
6	AXEL JHOEIMAR OREJUELA MOSQUERA	1077489396	03/02/2025	9		x			500 g	250 g	50 g	250 g					SINDY YULIETH MOSQUERA MOSQUERA	1076321256	Sindim
7	HEYLEN ZARETH MOSQUERA MOSQUERA	1113872076	03/02/2025	1		x			500 g	250 g	250 g	250 g					LUZ YAMIRA MOSQUERA COPETE	1133664337	Luz
8						x			500 g	250 g	250 g	250 g							
9						x			500 g	250 g	250 g	250 g							
10						x			500 g	250 g	250 g	250 g							

Observaciones:

Firma: Gloria Cecilia M

Nombre legible de quien entrega:

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



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.IN.O.SJPP	29/8/2019
		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

RACIÓN: Mensual ____ Vacaciones o Receso X Otro ___ Especifique: ____

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Socios Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Hogar Alejandra

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Meseta baja

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 27367000675 62

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 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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	CATLIN SAMARA CACERES MORENO	1016608913	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					KATERINE RUBIANO RUBIANO	1133606613	Diana Caceres
2	JAYLEN SMITH GUERRERO MURILLO	1076338327	03/06/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUZ MILIA SANCHEZ PEREA	38463444	Janis
3	KAYLIN DAIANA MORENO ASPRILLA	1078103125	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					EMILIA VALENCIA YEIRA	1128724872	Yesica Alexandra Ibarguen
4	STARLYN ANDRES MURILLO MOSQUERA	1079102619	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					PATRICIA MORROCO CABRERA	1079099745	Marica

Observaciones:

Firma: Alejandra

Nombre legible de quien entrega:

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.PO13.FP	28/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ENELISA LOPEZ

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					Niñ 6-11 M	Niñ 1-2 A y 11 M	Niñ 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (3 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	YEAN ISAAC MICOLTA LOPEZ	1076338370	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	900 g	250 g	1 LITRO					SHELSING ANDREA MICOLTA LOPEZ	1007545092	Shelsing
2	LUCY LOPEZ MURILLO	1076338493	03/02/2025				X		500 g	250 g	900 g	250 g	1 LITRO					MARIA JUAQUINA MURILLO TORRES	1079095707	Mairi
3	DANNA PEREA MURILLO	1076338733	03/02/2025				X		500 g	250 g	900 g	250 g	1 LITRO					MARIA TRINA MURILLO TORRES	1003850973	MariaT
4	SISLY JOHANA TORRES MICOLTA	1076338756	03/02/2025				X		500 g	250 g	900 g	250 g	1 LITRO					MONICA MICOLTA PEREA	1079096414	monica
5	LIAN MATEO TORRES PEREA	1077489248	03/02/2025				X		500 g	250 g	900 g	250 g	1 LITRO					LEIDY CAMILA TORRES PEREA	1079102975	Leidy
6	DANILA VELASQUEZ RIVAS	1078472933	03/02/2025				X		500 g	250 g	900 g	250 g	1 LITRO					TRINA VELASQUEZ RIVAS	1193343482	Irina
7	EDIN DAVID MURILLO TORRES	1079102901	03/02/2025				X		500 g	250 g	900 g	250 g	1 LITRO					INAFINA TORRES GARCES	1007545083	Infinita
8	MARLIN LOPEZ MICOLTA	1079103085	03/02/2025				X		500 g	250 g	900 g	250 g	1 LITRO					jose avelino lopez dominguez	9808994	Jose
9	ERIK YAEL TORRES PEREA	1144112549	03/02/2025				X		500 g	250 g	900 g	250 g	1 LITRO					VANERLIN PEREA PEREA	1076324995	Vanerlin

Observaciones:

Firma: Enelisa Lopez

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.MO13.FP	23/05/2019
Versión 8	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Nancy Bazan

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	YULIETH CELESTE VILLA AGUIRRE	1018281187	03/02/2025		/		X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YENIFER YAMILETH VILLA AGUIRRE	1020495405	Estel
2	WEILYN JARLEIDY MENA CORDOBA	1076337864	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					WENDY JHOANA CORDOBA CORDOBA	1079092053	Milena
3	JOSE JHOEL MURILLO	1076338295	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CARMEN MURILLO	1076320161	Beranica
4	LITZY DARIANNY MURILLO MORALES	1076338436	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YORLEIDIS MORALES CRUZ	1148452242	Beronica
5	JHOEL SANTIAGO HURTADO MOSQUERA	1076338576	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					SANDRA VANESSA MOSQUERA	1007872942	Neli
6	VALORIN FERNANDA CUESTA LOZANO	1076338587	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JENIFFER COLLAZO CORREA	1076816450	Neli
7	VALORIN YULIETH CUESTA LOZANO	1076338588	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA FELISA IBARGUEN MOSQUERA	35697863	Marisa
8	YUDI DELIARNI RIVAS LOZANO	1079102826	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DIEGO FERNANDO RIVAS CACERES	1076320231	Yocira

Observaciones: NANCY Bazan morales

Firma: Nancy Bazan

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	P1.MO15.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: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Nancy Bazan

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 100

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

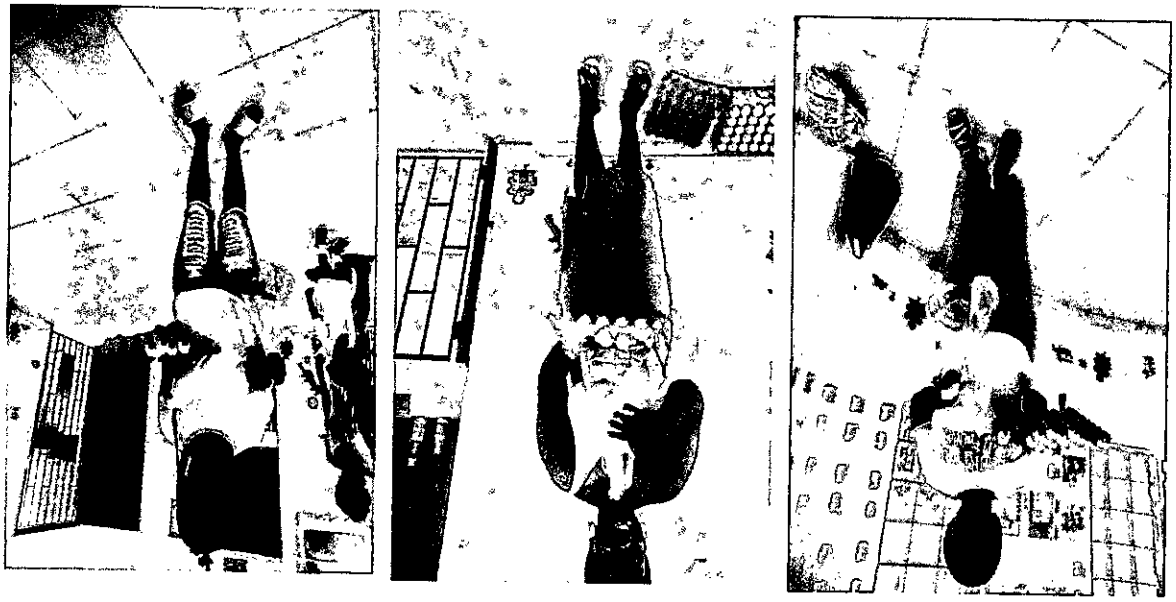
Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL 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 ROJA	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	ITZAYANA RIVAS LOZANO	1076339035	03/02/2025			x			500 g	250 g	300 g	250 g					DIEGO FERNANDO RIVAS CACERES	1076320231	
2	JAIMY SHALIANNY PALACIOS MURILLO	1076339200	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LUZ NEILLY MURILLO RIVAS	1133644452	
3	ELIANA ANDREA HERNANDEZ CHOCHO	1077487899	03/06/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					LUZ ADRIANA CHOCHO CONDE	1028180511	
4	EIDER NAHEL GUTIERREZ PALACIOS	1078987872	03/02/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g					ANYELY FERNANDA LERMA ARBOLEDA	1078986585	
5	JANIER YECID PALACIOS MORENO	1155220500	03/02/2025			x			500 g	250 g	100 g	250 g					ELENA MORENO HURTADO	1003850597	

Observaciones:

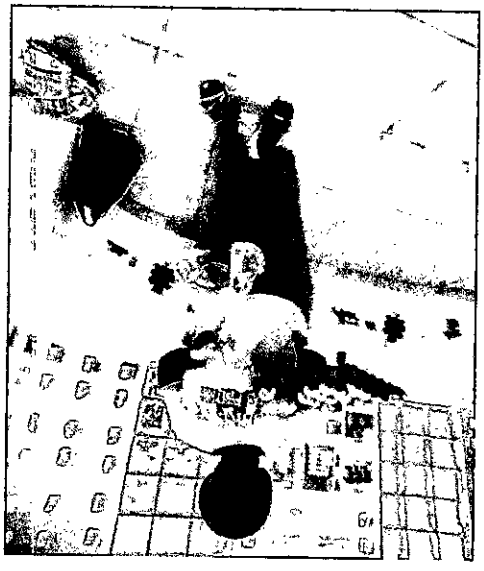
Firma: Nancy Bazan

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

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion sueños activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ESNERA CARPIO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 7010

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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL 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 ROJA	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	LIS FRANCENI OSORIO ISMARE	1076339069	03/02/2025	19/06/202		x			500 g	250 g	300 g	250 g					FRANCIALINA ISMARE MEMBACHE	1133684392	Francialina

Observaciones:

Firma: Esneni Carpio

Nombre legible de quien entrega:

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

Cualquier copia impresa de este documento es un documento no controlado

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI.MOYEPP	SIMOMO19
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: Choco CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitarios

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___ESNERA CARPIO_____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					De 6-11 M	De 1-2 A y 11 M	De 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 SOLAS DE 380 G)	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	DANILMARINSON CABEZON PEÑA	1076338423	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					EDICA PEÑA NEGRIA	1004053060	Edica
2	YASMARY OSORIO MEMBACHE	1076338431	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DAMARI MEMBACHE CABEZON	1133684383	Damari
3	GEILY CABEZON MEMBACHE	1076338437	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUCELA MEMBACHE MEMBACHE	1078850840	Lucela
4	YIMARI MEMBACHE ISMARE	1076338966	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					yimar membache osorio	1003850484	Yilmar
5	MARIA LORENA PIRAZA MEMBACHE	1077651981	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ILDA MEMBACHE MEMBACHE	1148192269	Ildam.
6	YURLEY MEMBACHE OSORIO	1079102357	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YAMID OSORIO ISMARE	1007597599	Yami
7	NANI CABEZON ISMARE	1079102424	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YANI ISMARE MEMBACHE	1133684385	Yani
8	MARIA NALIS CARPIO MEMBACHE	1079102436	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					NUVIA MEMBACHE CABEZON	1133684351	NUVIA
9	YURLAIDA MEMBACHE MEMBACHE	1079102459	03/03/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YANILA MEMBECHE PORPARE	1133684384	YaniLa
10	DAENERIS MEMBACHE QUIRO	1079102925	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CATILA QUIRO PUCHICAMA	1128784739	Catila
11	WESNEI ISMARE MEMBACHE	1079102979	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUCERITA MEMBACHE MECHECHE	1148192252	Luceritd
12	YORLINSON MEMBACHE PUCHICAMA	1079103001	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					IDELINA PUCHICAMA QUIRO	1148192305	Idelina

19/06/2025

Observaciones:

Firma: Esnera Carpio

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FLIN015.FF	22/03/2019
		Versión 9	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitarios

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA SANDRA PATRICIA

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: calle 700

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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 300 G)	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	ALISSON ANDREA MURILLO RIVAS	1029155093	03/06/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					KELYS PATRICIA RIVAS MURILLO	1129155093	Kellys
2	LEIFFER YULIAM MORENO LOZANO	1034929289	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JENNIFER MADELEINER LOZANO ARBOLEDA	1111747121	Jennifer
3	KAREN YARLEISY VALOSYES RIVAS	1076337989	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LEYDI DANIELA DIAZ VALOY	1004052297	Leydi
4	NAIRA YUCETH MURILLO	1076338771	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					PEDRO CORDOBA	11708705	Pedro
5	DEYCI YIRLESA VALOY RIVAS	1076338969	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					SANDRA RIVAS MURILLO	1004053055	Sandra
6	CHELCY YULIETH LOPEZ MOSQUERA	1076339771	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					BERLINA LOPEZ MOSQUERA	1148192115	Berlina
7	MARIETH ALANA RIVAS MURILLO	1079102726	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CARMEN MARCELA MURILLO MURILLO	1148192120	Carmen
8	TIANNY MICHAEL MURILLO RIVAS	1079102879	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JUAN CAMILO RIVAS VERGARA	1148192098	Juan C

Observaciones:

Firma: sandra patricia

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

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Juegos Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____ SANDRA PATRICIA

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 ROJA	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	AMBER SOFIA TABORDA URANGO	1076339044	07/06/2025	1/05/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					MARY LUZ URANGO URRUTIA	1073987239	Mary
2	HAILIN NICOL MEDINA MURILLO	1076339045	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					ANA MILENA MURILLO VALOIS	1133684085	Ana M

Observaciones:

Firma: Enelisa Lopez

Nombre legible de quien entrega:

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

Cumplimos ahora Ingresos de este documento no constituyen punto CONSENTIMIENTO.

LOS DATOS PROPORCIONADOS 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	25/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Público	

REGIONAL: Choco CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitario

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____ RUBI MILENA _____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NIÑ 6-11 M	NIÑ 1-2 A y 11 M	NIÑ 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSA/ 380 G)	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	TEWI ANDRES MURILLO MURILLO	1076337999	03/02/2025	06/02/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DULLYS MURILLO MURILLO	1004052035	DULLYS
2	DUVERLY ANDREA RAMIREZ IBARGUEN	1076338065	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					SIRLENY IBARGUEN	1079102669	Sirleny
3	ELISABETH MURILLO MURILLO	1076338784	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DULLYS MURILLO MURILLO	1004052035	DULLYS
4	JORGE LUIS IBARGUEN MONTAÑO	1076338880	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUIS PAULINO IBARGUEN MURILLO	11706573	Luis
5	LUCY TATIANA MOSQUERA RAMIREZ	1077201239	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ADRIANA MARCELA RAMIREZ IBARGUEN	1079093076	Adriana
6	CLARA ELENA IBARGUEN LOPEZ	1079102674	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YARLENIS MARIA MURILLO IBARGUEN	1076323249	Yarlenis

Observaciones:

Firma: Rubi Milena

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

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____ RUBI MILENA _____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL 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 ROJA	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	DHAIR VALDERRAMA IBARGUEN	1025910923	03/02/2025	19/6/2025		X			500 g	250 g	300 g	250 g					YIRLEZA IBARGUEN LOPEZ	1076327734	Yirleza
2	KEYLI LUCIANA MURILLO MURILLO	1079103517	03/06/2025			X			500 g	250 g	250 g	250 g					DULLYS MURILLO MURILLO	1004052035	DOLLYS

Observaciones:

Firma: Rubi Milena

Nombre legible de quien entrega:

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

[illegible] LOS DATOS PROPORCIONADOS 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

FO12.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

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Socios Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ALIRIA CARPIO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: calle 700

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				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
					NIÑ 6-11 M	NIÑ 1-2 A y 11 M	NIÑ 3-4 A y 11 M	PERSONA GESTANTE - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	LEANDRO MEMBACHE MEPAQUITO	1079102270	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ZUNILDA MEPAQUITO OSORIO	1148192278	Zunilda
2	FABIAN ISMARE PIZARIO	1079102274	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					NANCY PIZARIO QUIRO	1192907429	Nancy
3	OLIVER MEMBACHE PISARIO	1079102275	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARY NELCY PISARIO QUIRO	1133684365	M. Nelcy
4	CESIR GEDSON CABEZON MEMBACHE	1079102473	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CELIRIA MEMBACHE PEÑA	35697778	Celiria
5	CHARLER CABEZON PIZARIO	1079102486	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ILBA PIZARIO OSORIO	1007597762	Ilba
6	EDRIC ARHER PIZARIO MEMBACHE	1079102572	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MILEYZA MEMBACHE PEÑA	1007545224	Mileyza
7	ELIGSON OSORIO CHAMAPURO	1079102637	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					NOLBERTO CHAMAPURO CABEZON	1076326422	Nolberto
8	ALEJANDRA ISMARE OSORIO	1079102906	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ADRIANA ISMARE OSORIO	1003851184	Adriana
9	YANETZA ZARCO CHIRIPUA	1079102934	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YANET CHIRIPUA MEMBACHE	1007597745	Yanet
10	NAISIRY CHAMARRA CABEZON	1079103035	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA CLAUDIA CABEZON MEMBACHE	1133684364	M. Claudia

Observaciones:

Firma: Alirio Carpi.

Nombre legible de quien entrega:

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F.I.MO15.PP	1	23/03/2019
		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

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____ YORTELIA PIZARIO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 ROJA	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	WILDER SANCHES CHOCHO	1075101144	03/02/2025	10/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					MIGUELINA CHIRIPUA QUIRO	26338850	Miguelina
2	LINDA CHOCHO CONQUISTA	1076339077	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LITA CONQUISTA CABEZON	1004053173	Lita
3	DULCE ALAIA ISMARE OSORIO	1079103109	03/02/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					JOSUE ISMARE MEMBORA	1076321444	Josue
4	SOTELDO CHOCHO CHIRIPUA	1079103298	03/02/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g					ADRIANA CHIRIPUA CARDENA	1193422890	Adriana
5	YAEL CARPIO CHIRIPUA	1079103332	03/02/2025			x			500 g	250 g	100 g	250 g					LUZ NELLY CHIRIPUA CARDENA	1133660419	Luz

Observaciones:

Firma: Yortelia Pizario

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.M011.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: Comunitarios

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Socios Activo NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____ YORTELIA PIZARIO _____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	SHIRLEY NAIHARA MURILLO RIVAS	1076338015	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ANGI MARCELA RIVAS ASPRILLA	1076334893	Angi
2	KAROL DAYANA MOSQUERA RIVAS	1078987810	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA RIVAS	1114814976	Maria
3	CRISTIAN JAVIER RIVAS TORRES	1079102479	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LEIDY YISEL TORRES MURILLO	1078986670	Leidy

Observaciones:

Firma: Yortelia Pizario

Nombre legible de quien entrega:

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

Recuerde que la impresión de este documento la asumen 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	FT.MO13.PP	28/01/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitario

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fusa NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____ NURY LOZANO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				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 ROJA	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	DEIMAR RAUL URRUTIA MOSQUERA	1018281786	03/02/2025	6/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					MARTHA MOSQUERA URRUTIA	1007597672	Martha
2	ISAAC ANDRES MOSQUERA MOSQUERA	1076339028	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LUCY MOSQUERA MOSQUERA	1079095125	Lucy
3	ALEXANDER ALBERTO URRUTIA EYES	1076339107	03/02/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					ELIZABETH MARIA EYES OLIVARES	1129514544	Elizabeth
4	YOSUANI CORDOBA MOSQUERA	1076339164	03/02/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g					CLAUDIA PATRICIA MOSQUERA PEREA	1076320874	Claudia
5	ZOE NAHIARA VALENCIA MOSQUERA	1079103356	03/02/2025			x			500 g	250 g	100 g	250 g					CINDY VALENCIA MOSQUERA	1079094999	Cindy
6	JOSE OSLINGER MOSQUERA CORDOBA	1079103426	03/02/2025			x			500 g	250 g	50 g	250 g					LESNI YERIZA CORDOBA CORDOBA	1148191644	Lenis

Observaciones:

Firma: Nury Lozano

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	F1.MO13.PP	23/01/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____ NURY LOZANO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	ELIANA MARTINEZ MOSQUERA	1076338312	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YUSELY MARTINEZ MOSQUERA	1007597674	Yuselym
2	JEMA LUCIA MOSQUERA MOSQUERA	1076338364	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUCY MOSQUERA MOSQUERA	1079095125	Lucym
3	MARIA ANJEL MOSQUERA MOSQUERA	1076338895	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					RUBIELA MOSQUERA MOSQUERA	1128729098	Rubiela
4	YAILIN YUSELY PEREA CORDOBA	1079103078	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LESNI YERIZA CORDOBA CORDOBA	1148191644	Lenis
5	DARLIN NAHOMY LOZANO TENORIO	1079103104	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JULI FERNANDA TENORIO CASTRO	1005864790	Juli.f.

Observaciones:

Firma: Nury Lozano

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	FI.MO15.FP	23/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitario

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundo NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA LUZ MIRA MONTE

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: calle 700

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				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 ROJA	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	LORELIN JAHANNA MORENO CORDOBA	1076338630	03/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					MARIA CELINA CORDOBA MORENO	1076325299	Maria
2	YOHELA MORENO MORENO	1076338853	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					MARIA MARLENI MORENO GIL	1148191683	Mª Marle
3	YEILY PALENCIA MOSQUERA	1076338965	03/02/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					LUZ ENEIDA MOSQUERA ASPRILLA	1003851218	Luz E.
4	JHORDIN SMITH VALOIS LOZANO	1076987884	03/02/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g					YULI MILENA LOZANO LARGACHA	1193411424	Yuli
5	HILAN DANIEL MOSQUERA CORDOBA	1079103125	03/02/2025			x			500 g	250 g	100 g	250 g					DAYAN MICHELLE MORENO CORDOBA	1079093137	Dayana

Observaciones:

Firma: Luz Mira Monte.

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

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

REGIONAL: Focho' CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitarel

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso X Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Felices NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____ LUZ MIRA MONTE

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL 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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	MARLON ANDRES MORENO	1076337898	03/02/2025	10/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA OCTIVA MORENO MOSQUERA	1007597564	Maria O.
2	SARANNY MARCELA MORENO	1076337899	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA OCTIVA MORENO MOSQUERA	1007597564	Mariao
3	JEISER ANDRES LOZANO MOSQUERA	1076338293	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YAMILETH MOSQUERA MOSQUERA	1007545167	Yamileth
4	HELEN YADIRA MOSQUERA MARTINEZ	1076338349	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YULIANA MARTINEZ MOSQUERA	1003851335	Yuliana
5	HALAN DAVID MOSQUERA DAZA	1076338415	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DIANA MVICTORIA DAZA MINOTA	1076334669	Diana

Observaciones:

Firma: Luz Mira Monte

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	Versión 9	29/03/2018 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

RACIÓN: Mensual ____ Vacaciones o Receso X Otro ___ Especifique: ____

MES DE ENTREGA: JUNIO

NOMBRE DE LA EAS: FUNSA NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ALBA LUZ

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 ROJA	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	ANGEL DARECK GIL CORDOBA	1013381284	03/02/2025			X			500 g	250 g	300 g	250 g					KAREN YORLEIDIS CORDOBA MOSQUERA	1036605676	Karen G.
2	EILYN ORIANA OSPINA IBARGUEN	1015199028	01/04/2025			X			500 g	250 g	250 g	250 g					ELIANA IBARGUEN MOSQUERA	1036605677	Eliana I.
3	LAUREN VALENTINA PEREA MOSQUERA	1067981624	03/03/2025			X			500 g	250 g	200 g	250 g					LUZ PAOLA PEREA MOSQUERA	1193063963	Luz Perea
4	KILIAM MARTINEZ CORDOBA	1076338940	03/02/2025			X			500 g	250 g	150 g	250 g					YUCELY CORODOBA IBARGUEN	1079093120	Yoceli Cordo
5	SCARLETH MARTINEZ MOSQUERA	1076339144	03/02/2025			X			500 g	250 g	100 g	250 g					YUFARY MARTINEZ MOSQUERA	1148453380	Yofary Mo
6	KAILIN YULIETH LOZANO MORENO	1076339296	03/02/2025			X			500 g	250 g	50 g	250 g					YULIZA MORENO VALENCIA	1007545180	Yuliza Mo
7	IAN ALEC MOSQUERA SABUGARA	1107541267	03/02/2025			X			500 g	250 g	250 g	250 g					YEFFERSON MOSQUERA MORENO	11708951	Yefferson Mo
8	LESLIN DANIELA MURILLO LOZANO	1128731883	03/02/2025			X			500 g	250 g	250 g	250 g					DIANA MILEIDY MURILLO LOZANO	1128726557	Diana Mo
9	JHOEL DANIEL MURILLO LOZANO	1128731884	01/04/2025			X			500 g	250 g	250 g	250 g					DIANA MILEIDY MURILLO LOZANO	1128726557	Diana Mo

Observaciones:

Firma: Alba Luz Arboleda

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	P.PM013.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: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Funsa NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____ ALBA LUZ ARBOLEDA _____

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: calle 700

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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NNI 6-11 M	NNI 1-2 A y 11 M	NNI 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	LIANNY ESTEISY MARTINEZ CORDOBA	1076337894	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					IVANNY CORDOBA MOSQUERA	1007545207	Ivanny Co
2	RICARDO CORDOBA MOSQUERA	1076338677	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					NEIDY MOSQUERA ARBOLEDA	1037604379	Neidy M
3	SYARA MORENO OSORIO	1079102711	03/03/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ADA OSORIO ORTIZ	1151970108	ADA osorio
4	RACHEL ALAIA RUEDA MEDINA	1234342076	03/03/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JENNY TATIANA MEDINA DIAZ	1098767201	Jenny T.

Observaciones:

Firma: Alba Luz Arboleda

Nombre legible de quien entrega:

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

Cualquier modificación de este documento sin autorización del COMITÉ DE CONTROL DE CALIDAD

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	F1.MO12.PP	28/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Funsa NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Luz Amparo

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: calle 700

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				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 ROJA	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	LIAM ISAAC GARCES	1076339259	03/02/2025	19-06-2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					MARIZOL GARCES	1076325474	Marizol G.
2	IKER DAVID SANCHEZ VALENCIA	1076339577	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					JESUCITA LOZANO	35697895	Jesusita L.
3	LINDA GOMEZ DUAVE	1078104242	03/06/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					ELENA DUAVE EVAO	1133719932	Elena D.
4	JHONES JAIR MARTINEZ IBARGUEN	1079103337	03/02/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g					YARLEY PATRICIA IBARGUEN MORENO	1076323043	Yarlei Ibargu
5	CATTLEYA URRUTIA ZULUAGA	1238940001	03/02/2025			x			500 g	250 g	100 g	250 g					GERALDINE ZULUAGA CORTEZ	1076334715	Geraldine Z.

Observaciones:

Firma: Luz Amparo U.

Nombre legible de quien entrega:

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

P1.MO15.PP	29/01/2018
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Funsa NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Luz Amparo

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: calle 700

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	KEILER DAMIAN QUINTANA MORENO	1028959234	03/02/2025	19-06-2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARCELINA MORENO RAMIREZ	39302561	Marcelina M
2	LIANNY YOHELY URRUTIA PADILLA	1076338071	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LILIANA PADILLA LUNA	1076331415	Liliana P.
3	JOSHUA ZAEL IBARGUEN CORDOBA	1076338631	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA ZULEIMA CORDOBA REYES	1078856466	Maria Co
4	MILLER GOMEZ DUAVE	1078101247	03/06/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ELENA DUAVE EVAO	1133719932	Elena D.
5	EILEEN DAHIANA GONZALEZ QUINTANA	1078694608	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YIBETH SORAYA QUINTANA MORENO	1007544849	Saraya Q
6	LUZ ELIANNE MOSQUERA MOSQUERA	1079102774	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LISNEY MARIA MOSQUERA URRUTIA	1077452813	Lisney Mosq

Observaciones:

Firma: Luz Amparo Vo

Nombre legible de quien entrega:

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	1.MO18.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: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Funsa NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Esneyder Mena

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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
					NIÑOS 6-11 M	NIÑOS 1-2 A y 11 M	NIÑOS 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	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	BRIANA SARAY HENAO CHAPARRO	1049588840	03/03/2025			x			500 g	250 g	300 g	250 g					JENNIFFER PATRICIA CHAPARRO NAVARRO	1047615340	jenniffer C.
2	MARIA JOSE PEREZ ANDRADES	1076338644	03/03/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LEIDY ANDRADE MARTINEZ	1076326425	Leidy Mo
3	NEIDY KAROLINA SALAS MOSQUERA	1076338811	03/02/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					karolelsy mosquera arboleda	049F5C5371DE42D19 19E3075A674E053348 7	Karolelsy M.
4	SAMARA CAICEDO MORENO	1076339111	03/02/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g					MARIA LILIANA MORENO DIAZ	1079097667	Maria O.
5	JOSE ISMIR MEMBECHE ABADIA	1076339128	03/02/2025			x			500 g	250 g	100 g	250 g					CELESTINO MEMBACHE CABEZON	11815268	Celestino Mo
6	YERLIN YAJIRI MOSQUERA MARTINEZ	1076339393	03/02/2025			x			500 g	250 g	50 g	250 g					JILARI MARTINEZ VALENCIA	1076332883	Jilary Mo
7	EIDER LIONEL MESA OSORIO	1079103224	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					FORDANOLIA OSORIO MEMBACHE	1133664494	Fordanolia V.
8	ANA YULIETH ISARAMA ISARAMA	1128731495	03/05/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					IRMA ISARAMA ISARAMA	1128725752	Irma I.

Observaciones:

Firma: Esneyder Mena

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.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: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Funsa NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Esneyder Mena

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	ALINSSON DAHIARA CABRERA CABALLERO	1076338009	03/03/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MAIRA ANDREA CABALLERO MOSQUERA	1077425488	Maira Mo
2	EIMAR ARLEY MARTINEZ MARTINEZ	1076338244	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARLENYS MARTINEZ LOZANO	1193366591	Marlenis Mo
3	NIRLEY CAIZANO ROJAS	1077488903	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DEISI CAROLINA MENA	1077458145	Deisy Mo
4	ABDIEL CAICEDO MORENO	1079102895	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA LILIANA MORENO DIAZ	1079097667	Maria Moreno

Observaciones:

Firma: Esneyder Mena

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	F1.MO13.PP	25/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Bahia Bel Puerto

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL 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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	HASSAN MATHIAS ARRECHEA RIASCOS	1059992755	03/02/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ANGIE NATHALIA RIASCOS BALANTA	1059982421	Natti
2	THIAGO ANDREY RIVAS ALVAREZ	1076337881	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DANIELA ALVAREZ VALOIS	1000871550	Daniela
3	BRIAN SNAYDER MOSQUERA ALVAREZ	1076338217	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LORENA ALVAREZ VALOIS	1193516626	Lorena
4	SAIRA YISETH MURILLO MURILLO	1076338968	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA JESUSITA MURILLO MURILLO	1076322224	Maria
5	EMILY PATIÑO OSSA	1076339099	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YEIMY VANESSA PATIÑO OSSA	1001236930	Yeimy

Observaciones:

Firma: Diana Aiso

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	F1.MO13.PP	ZMC32019
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Choco CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitario

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Diana Belalcazar

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: HCB 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				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 ROJA	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	LIAM DAVID RIVAS VALENCIA	1017283530	03/02/2025	18/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					VICTOR ALFONSO RIVAS PEREZ	1133684776	Victor
2	MAROLY JEREMAHIA BARCO MURILLO	1036267951	03/06/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					KAREN JOHANA MURILLO PALACIOS	1077450317	Karen
3	YONIER YESID RIVAS PEREA	1078338636	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					SINDY LORENA PEREA DOMINGUEZ	1193422916	Sindy
4	DANTE EMILIO FERRER CORDOBA	1078339348	02/05/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					CLARA MICHEL CORDOBA URRUTIA	1003851077	Clara
5	DANNA ISABELA MOSQUERA MOSQUERA	1129046945	03/06/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					MELISA MOSQUERA MURILLO	1007064445	Melisa
6	LIA FERNANDA ROO GONZALEZ	ED748C81EAD2434F9780C7812CABC56035957	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					Nayibis Coromoto Roo Gonzalez	4686AD7D475D4B8E90B93F531450CE613637	Nayibis

Observaciones:

Firma: Diana Riso

Nombre legible de quien entrega:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PERSONALES 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	P1.MO12.PP	30/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Ana de jesus

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA [3 UNIDADES]	LENTEJA	DESNATADINA 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	EIDER SAMUEL MORENO MURILLO	1022172655	03/02/2025	19/06/25		X			500 g	250 g	300 g	250 g					LUSALLY MORENO MURILLO	1192920527	Lusally
2	ARLINTO JOSE MURILLO SALAZAR	1076338088	03/02/2025			X			500 g	250 g	250 g	250 g					JOSE ROMAN MURILLO MURILLO	1079094084	Jose
3	DEINER SAMIR RIVAS MORENO	1076339659	03/02/2025			X			500 g	250 g	200 g	250 g					MARIA RIVAS	1114814976	Maria
4	EMELI SARAY RIVAS TORRES	1079103157	03/02/2025			X			500 g	250 g	150 g	250 g					LEIDY YISEL TORRES MURILLO	1078986670	Leidy
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Observaciones:

Firma: Ana de jesus

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	3010.PP Versión 3 Clasificación de la Información Pública	ENCISIS Página 1 de 1

REGIONAL: Choco CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA AICA Ana de jesús

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					MES 6-11 M	MES 1-2 A y 11 M	MES 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (3 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSA DE 380 G)	BIENESTARINA BAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, excepto Bienestarina y Cereales	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	SHIRLEY NAIHARA MURILLO RIVAS	1076338015	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	350 g	1 LITRO					ANGI MARCELA RIVAS ASPRILLA	1078354893	Angi
2	KAROL DAYANA MOSQUERA RIVAS	1078987810	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	350 g	1 LITRO					MARIA RIVAS	1124814978	Maria R
3	CRISTIAN JAVIER RIVAS TORRES	1079102479	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	350 g	1 LITRO					LEIDY YISEL TORRES MURILLO	1078986670	Leidy Yis
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

Observaciones:

Firma: Ana de jesús

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	PI.MO15.FF	28/05/2015
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Hogar Edna Agualimpia

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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
					NIÑOS 6-11 M	NIÑOS 1-2 A y 11 M	NIÑOS 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 200 G)	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	ANDREA SOFIA GARCIA MARTINEZ	1053013603	03/02/2025	19-06-2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YESICA MARIA MARTINEZ VERGARA	1103220494	Yesica M.
2	YEISY FERNANDA ASPRILLA RIVAS	1076337794	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YENCY CAROLINA ASPRILLA RIVAS	1076322306	Yency A.
3	SANTIAGO DOMINGUEZ MURILLO	1076337828	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					SANDRA PAOLA MURILLO ARBOLEDA	1143987373	Sandra M.
4	IAN DAVID VASQUEZ VALLEJO	1076338497	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA LUCIA VALLEJO	1076457984	Maria Vallejo
5	BRITANY MICHEL CUNDUMI MOSQUERA	1076338522	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LEIDY JHOANA MOSQUERA PEREA	1003889187	Leidy M.
6	BRAYAN ESTIVEN CUNDUMI MOSQUERA	1079102312	02/05/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ESTIVEN CUNDIMI CHANTRE	1086195067	Estiven C.
7	VIKI MILAGRO GUERRERO MEDINA	1079102841	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARLEN SOFIA MEDINA CORDOBA	1004053191	Marlen M.

Observaciones:

Firma: Edna Agualimpia

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	FI.M05.FPP	28/01/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: _____ CENTRO ZONAL: _____ MUNICIPIO: _____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: _____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: _____

NOMBRE DE LA EAS: _____ NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _____

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE 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 ROJA	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	JENESIS ANDREA MURILLO AGUALIMPIA	1034933006	03/02/2025	5-06-2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					JEYSI AGUALIMPIA CAICEDO	1076329173	Jeysi C.
2	NESLY SHARAY VALOY AGUILAR	1076339152	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					JARI LUZ AGUILAR HURTADO	1076327251	Jari Aguilar
3	BREYNER ANDRES CUNDUMI MOSQUERA	1076339238	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LEIDY JHOANA MOSQUERA PEREA	1003889187	Leidy Mo
4	YOISER ANDRES MOSQUERA RAMIREZ	1076339248	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					YURADNY ANDREA MOSQUERA RAMIREZ	1004046975	Yuradny Mo
5	NEHEMIAS PALACIOS MOSQUERA	1077652669	03/02/2025	19-06-2025		x			500 g	250 g	250 g	250 g					YENNIFER MOSQUERA ASPRILLA	1006185706	Yennifer Mo
6	JHOJAN FERLEY MOSQUERA RAMIREZ	1079103345	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					MARIA FERMINA RAMIREZ MOSQUERA	26361392	Maria Ro

Observaciones:

Firma: _____

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	FLIA-FO-PP	23/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: _____ CENTRO ZONAL: Itsmina MUNICIPIO: Itsmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Aida Luc

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

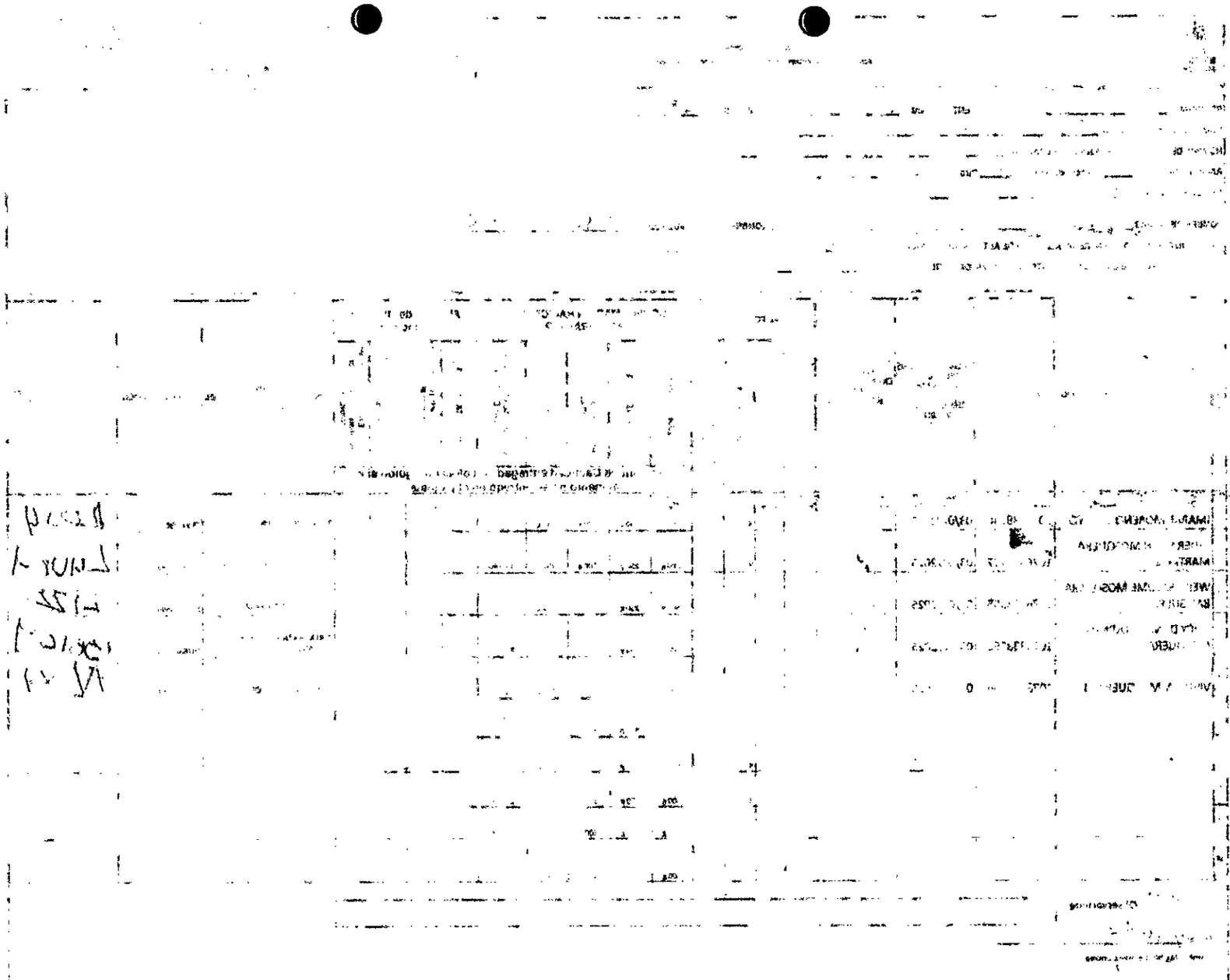
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

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				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
					6(M-11 M	12M-1 A y 11 M	2M-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (2 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	IMARAI MORENO QUINTO	1076338040	03/02/2025	19-06-2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ROSA MARLEN QUINTO MOSQUERA	35697796	ROSY
2	JADER SAITH MOSQUERA MARTINEZ	1076338197	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LAURA TATIANA MARTINEZ ANGULO	1076331743	Laury
3	WEILY SALOME MOSQUERA BANGUERA	1076338355	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LIZZ DEYNI BANGUERA MUÑOZ	1111773694	LIZZ
4	BEICY DANIELA QUINTO MOSQUERA	1076338562	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					BERTA YANILA MOSQUERA HURTADO	1076325536	Beicy
5	VIVIANA MOSQUERA VIVAS	1078859106	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ALEXA VIVAS PALACIOS	1078856481	Alexy
6							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
7							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
8							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
9							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
10							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							

Observaciones:

Firma: Aida Luc

Nombre legible de quien entrega:



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	Pf.38013.FP Versión 5 Clasificación de la Información Pública	28/08/2019 Página 1 de 1

REGIONAL NOMBRE I: REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitary

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE E MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE I NOMBRE DE LA EAS: Fundacion sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Aida Luz

DIRECCIÓ DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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

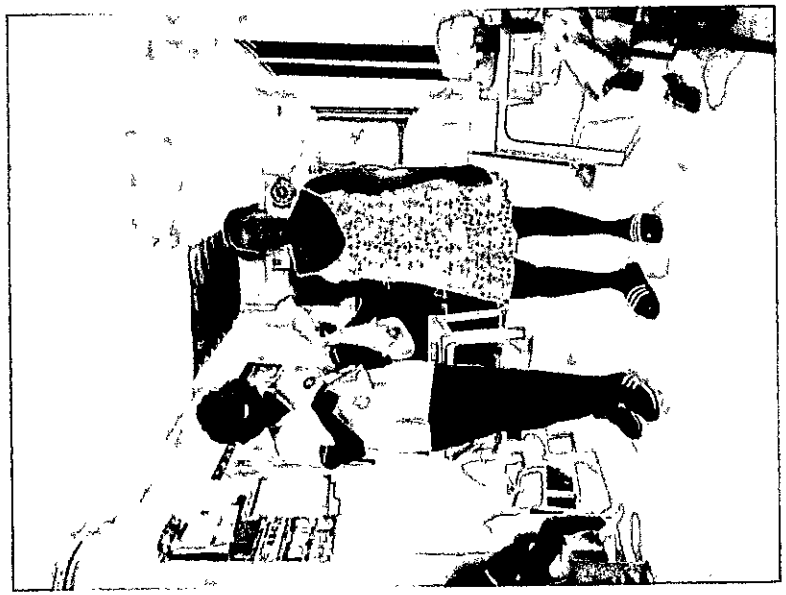
Nº OBSERVACION	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA [5 UNIDADES]	LENTEJA	DESHIDRATADO 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	SANTIAGO MOSQUERA COGOLLO	1032036096	03/02/2025	19-06-2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					JULIETH PATRICIA COGOLLO OSUNA	1040760068	Julieth C
2	KIARA LIZETH HURTADO RENTERIA	1076338935	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					KAREN YAJAIRA RENTERIA SERNA	1045136666	Karen R.
3	THIAGO OREJUELA OREJUELA	1076339093	03/02/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					ANA YOLANDA HURTADO	1076325232	Ana H.
4	MAXIMILIANO MOSQUERA PALACIOS	1076339219	02/05/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g					ERIKA BERLINA MOSQUERA MORENO	1076330969	Erika Mo
5	THEYLOR ANDRES MURILLO PEREA	1079103252	03/02/2025			x			500 g	250 g	100 g	250 g					ISABELLA PEREA HURTADO	1148191627	Isabella Pe
6	EMELI HALANA MOSQUERA QUINTO	1168213018	03/02/2025			x			500 g	250 g	50 g	250 g					HELIZABETH QUINTO HURTADO	1076325268	elizabeth Q
7						x			500 g	250 g	250 g	250 g							
8						x			500 g	250 g	250 g	250 g							
9						x			500 g	250 g	250 g	250 g							
10						x			500 g	250 g	250 g	250 g							

Observaciones:

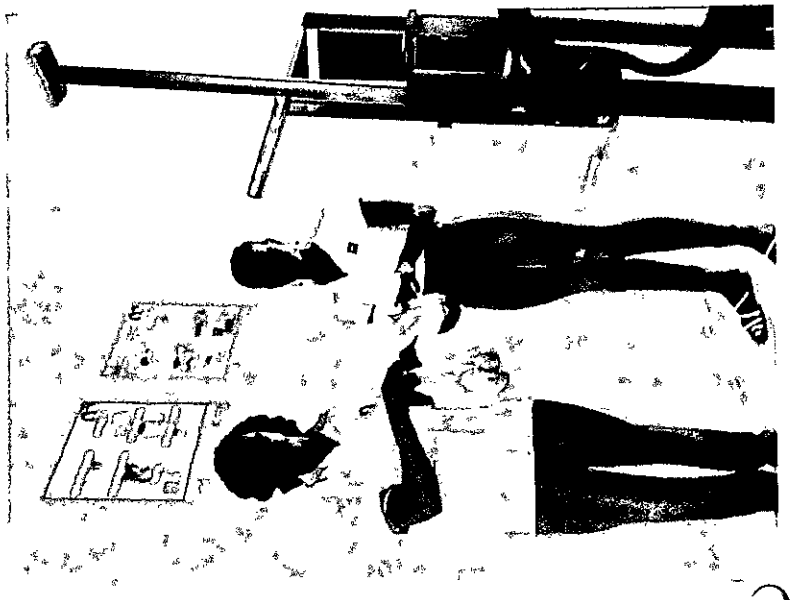
Firma: Aida Luz

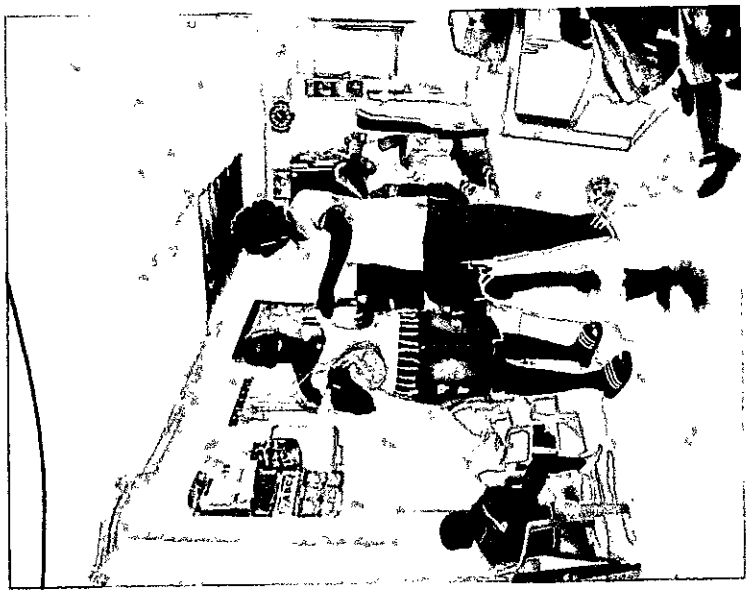
Nombre legible de quien entrega:

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









BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MO12.FP	[illegible]
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Nelly Ibargüen M.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: B/ Cubis - Lavandería

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 27361000 67957

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 1-3 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA G MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	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	LIANNY SHIRLEY LERMA RIVAS	1078338670	03/02/2025	18-06-25		x			500 g	250 g	300 g	250 g					ANA LUCIA RIVAS MORENO	1010102381	Lucia R.
2	JENA ELAINE MOSQUERA MANYOMA	1078339336	03/02/2025	18-06-25		x			500 g	250 g	250 g	250 g					MARICELA MANYOMA MURILLO	1076326317	Maricela
3	LIAM JOEL MOSQUERA MOSQUERA	1079103195	03/02/2025	18-06-25		x			500 g	250 g	250 g	250 g					SANDRA MILENA MOSQUERA MOSQUERA	1128024812	milena
4	YOHARY CELESTE TORRES ASPRILLA	1079103217	03/02/2025	18-06-25		x			500 g	250 g	250 g	250 g					AURA ANGELICA TORRES ASPRILLA	35697617	Aura
5	GAEL STIVEN ARBOLEDA ASPRILLA	1079103223	03/02/2025	18-06-25		x			500 g	250 g	250 g	250 g					JULIETH YSABEL ARBOLEDA ASPRILLA	1077483787	[illegible]
6	LIAM ARBOLEDA VILLERO	1079103313	03/02/2025	18-06-25		x			500 g	250 g	250 g	250 g					FAYINIS VILLERO VASQUEZ	1040507907	Fayinis
7	THIAGO REYES SIMANCA	1088363303	03/03/2025	18-06-25		x			500 g	250 g	250 g	250 g					ANGELICA JULIETH REYES ORREGO	1088243270	Angelica Reyes
8	DARIANNIS ZHAMARA MENDOZA LUJANO	1122735616	03/03/2025	18-06-25		x			500 g	250 g	250 g	250 g					GREIVIS AMOR LUJANO LUJANO	27011268	Greivis

Observaciones:

Firma: Nelly Ibargüen 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	FI.M013.FP	28/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB.

RACIÓN: Mensual ____ Vacaciones o Receso X Otro ___ Especifique: ____

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Nelly Ibarguen M.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: B/ Cubis-Lavandería

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 27361000679 57

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 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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	LUCIANA HENAO VERA	1076337959	03/02/2025	18-06-25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DIANA YURLEY VERA AGUIRRE	1216716459	Diana
2	SARA SOFIA MOSQUERA POTES	1076337980	03/02/2025	18-06-25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LEIDY KARINA TORRES	1076327730	Leidy Torres
3	JAYLY JAMERLI LERMA LERMA	1077201192	03/02/2025	18-06-25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					NELLY NALLIVER LERMA MEDINA	1075770056	Nelly L.
4	OMAR ALEXANDER DOMINGUEZ CAICEDO	1078987780	03/02/2025	18-06-25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JOSE DOMINGUEZ MOSQUERA	1078986547	Luz Caicedo
5	CRISTIAN DAVID VALENCIA TORRES	1079103072	03/02/2025	18-06-25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YISETH VALENCIA TORRES	1076321272	YISETH

Observaciones:

Firma: Nelly Ibarguen 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	F1.JA013.FP	23/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Público	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso X Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA claudia Sineth R M.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 G MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 350 G)	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	ELIAN SANTIAGO MOSQUERA BANGUERO	1076337847	03/02/2025	18-06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DIANA PATRICIA BANGUERO CAICEDO	1079093438	Diana Patr.
2	SAMUEL DAVID PEREA RODRIGUEZ	1076338599	03/02/2025	18-06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARYORI RODRIGUEZ BLANCO	1042825015	Maryoris Rodriguez
3	MAILYN ANDREA MOSQUERA VALENCIA	1079102877	03/02/2025	18-06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARTHA JOHANA VALENCIA RIVAS	1076323645	Martha Johana
4	YOIDER JAIR VALOY CAICEDO	1079102903	03/02/2025	18-06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					OLGA PATRICIA CAICEDO MORENO	1076323965	Olga Caicedo
5	BRIANNY YULIETH MOSQUERA LARGACHA	1128026358	03/02/2025	18-06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					BRINNY LARGACHA	1079092233	Brinny Largacha

Observaciones:

Firma: Claudia Sineth R M.

Nombre legible de quien entrega:

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

Cuidemos entre todos el medio ambiente, no imprimir innecesariamente.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	PLMO12PP	28/02/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Público	

REGIONAL: Choco CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: SUEÑOS ACTIVOS NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Claudia Sineth R.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				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 ROJA	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	ASLAM MATHIAS MOSQUERA PEREA	1076338786	03/02/2025	18-06/25		x			500 g	250 g	300 g	250 g					Luisa Mosquera	1128088609	Luisa Mosq.
2	JESUS MANUEL VALOY URRUTIA	1076338858	03/02/2025	18-06/25		x			500 g	250 g	250 g	250 g					Bersilia Urrutia	1007597395	Bersilia U.
3	GEYLI ALISON PEREA CORDOBA	1076339013	03/02/2025	18-06/25		x			500 g	250 g	200 g	250 g					Sindy lorena	1030420825	Sindy lorena
4	DARLING SARAY VIVEROS COPETE	1076339015	03/02/2025	18-06/25		x			500 g	250 g	150 g	250 g					Yira Marcela C.	1077430307	Yira Marcela
5	HAYLIN SAMARA VALOY MOSQUERA	1076339382	03/02/2025	18-06/25		x			500 g	250 g	100 g	250 g					Luisa Mosquera	1128088609	Luisa Mosq.
6	JANSY YULIETH LONGA MOSQUERA	1076339383	03/02/2025	18-06/25		x			500 g	250 g	50 g	250 g					Ingri Johana	1079092290	Ingri Johana
7	LEISY DALIANA IBARGUEN MURILLO	1079103102	03/02/2025	18-06/25		x			500 g	250 g	250 g	250 g					Ana Beatriz	1079093410	Ana Beatriz
8	EITHAN WALDO LOZANO	1079103284	03/02/2025	18-06/25		x			500 g	250 g	250 g	250 g					Sandra Lozano		Sandra Lozano

Observaciones:

Firma: Claudia Sineth R.

Nombre legible de quien entrega:

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








este
jardin

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.MO1.PP	23/05/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: 1ST MUNICIPIO: 1ST

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitarios

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Luz Marciana NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Luz Marciana

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 ROJA	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	LUIS ANGEL ORTEGA POLO	1040525651	03/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					DARLY JANETH POLO BOHORQUEZ	1040496145	Darly Polo 1010385865
2	EMMA LUZ RODRIGUEZ ARAGON	1047244250	03/03/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LUIS CARLOS RODRIGUEZ REYES	1120561122	Luis Carlos Rodriguez Ramon C. 1.076324616
3	THIAGO EMILIO GUTIERREZ AVENDAÑO	1071173450	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					MARIA SONIA RIVAS DIAZ	43167743	
4	DEIKER ADRIAN IZQUIERDO MURILLO	1076339251	03/03/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					DEISON IZQUIERDO AGUALIMPIA	1076329781	Deison Izquierdo
5	IAN ALEXI RENTERIA ESPAÑA	1077488127	02/05/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					DUVAN RENTERIA PINO	1077427162	Marcela Pino 1052709777
6	GERONIMO MADRIGAL MORA	1079103257	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					YESSICA PAOLA MORA MENA	1045137247	Yessica Mora 1005154223
7	IAM JOSUE PEREA CACERES	1128026557	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					ANYI YURLEY CACERES HINOJOZA	1128025008	1076322038 Rubiela
8	NICOLAS SAMUEL LOPEZ ASPRILLA	1128026614	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					RUBIELA ROSAURA ASPRILLA	1076322038	1076322038 Rubiela

Observaciones:

Firma: Luz Marciana

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

F1.MO15.PP	23/03/2018
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: Choco CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: HCB comunitario

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Luz Marciana NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Luz Marciana

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 100

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

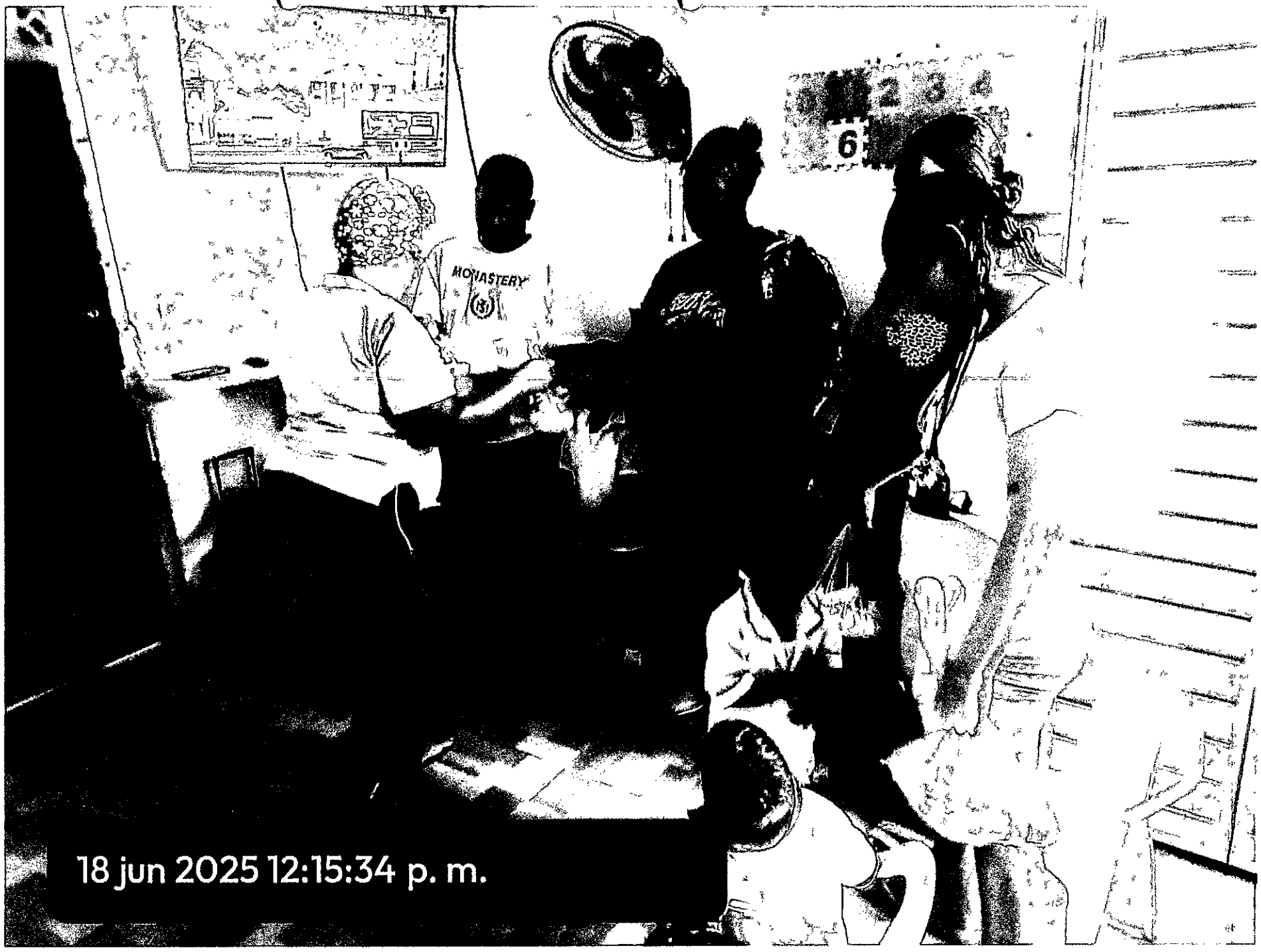
Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NN 6-11 M	NN 1-3 A y 11 M	NN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	MATEO ANGULO RIVAS	1035988178	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA SONIA RIVAS DIAZ	43167743	SONIA 43167743
2	KIARA ISABEL ORTEGA POLO	1040524034	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DARLY JANETH POLO BOHORQUEZ	1040496145	MOLDE BENITO 1040585865
3	EMERITH LUCIANA PEREA ARBOLEDA	1077201294	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUZ MILA MOSQUERA MORENO	1077199330	Leidy A. 1079770042
4	JUAN ANDRES QUINTO COPETE	1079102691	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ANGELA QUINTO COPETE	1076320653	1076320653
5	EILYN WILIANNY ASPRILLA MORENO	1129046798	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LAURA IDELIZA MURILLO MOSQUERA	1003915348	Leidy M. 1079770042

Observaciones:

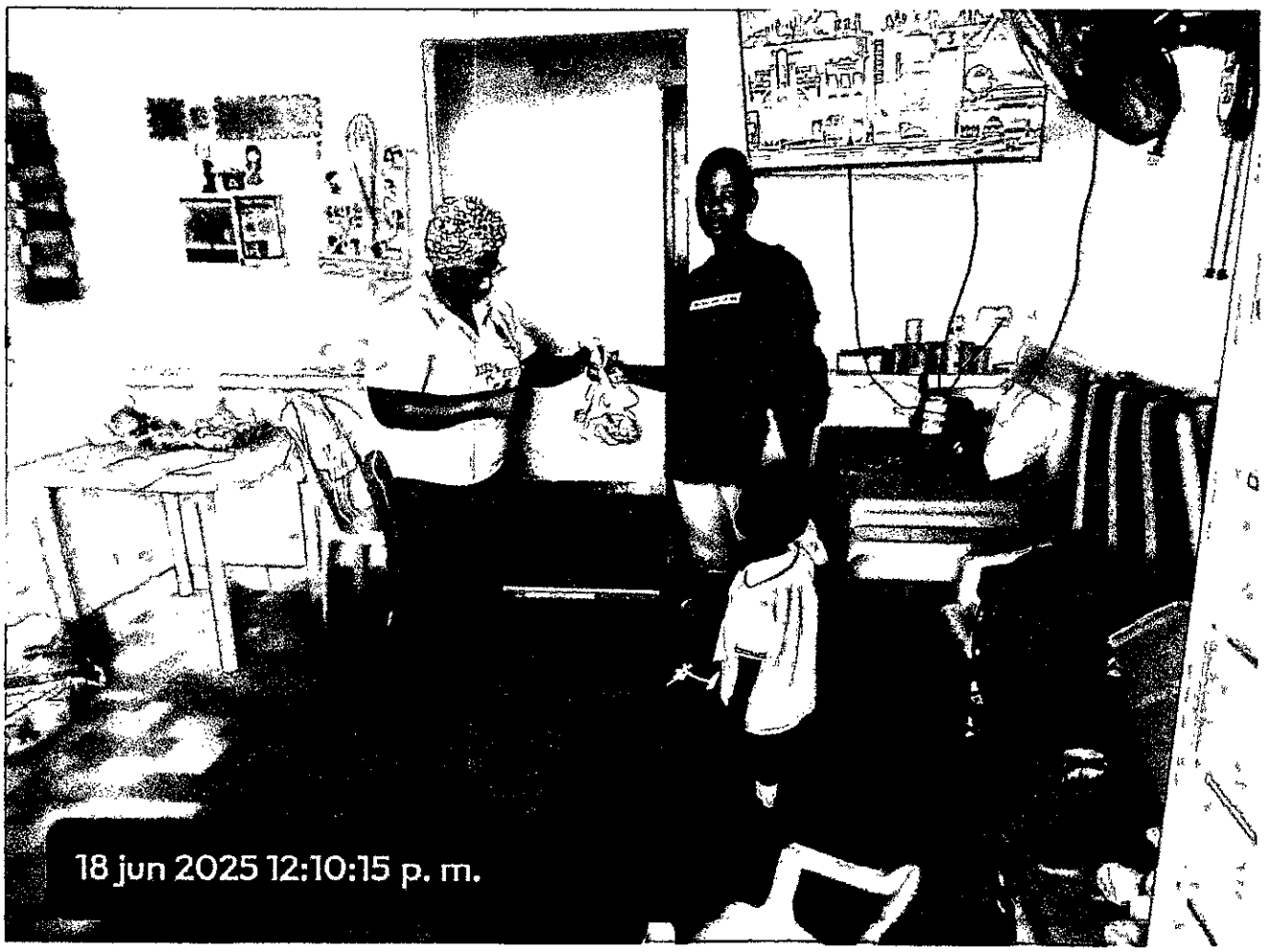
Firma: Luz Marciana

Nombre legible de quien entrega:

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


MONASTERY
18 jun 2025 12:15:34 p. m.


18 jun 2025 12:04:12 p. m.


18 jun 2025 12:10:15 p. m.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FO13.PP	29/05/2019
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Público	

REGIONAL: Choco CENTRO ZONAL: 1ra Inmaculada MUNICIPIO: 1ra Inmaculada

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Tradicional

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Leonila Perea

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					MN 6-11 M	MN 1-2 A y 11 M	MN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	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	CARLOS DANIEL MURILLO RODRIGUEZ	1032035681	03/02/2025			x			500 g	250 g	300 g	250 g					DIANA PATRICIA RODRIGUEZ GOMEZ	1133699060	Patricia R
2	FREILYN AINARA MARTINEZ MARTINEZ	1076338850	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					YARLY PAOLA MARTINEZ MOSQUERA	1076818097	Paola M
3	KILIAN DANIEL MURILLO RODRIGUEZ	1076339016	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					DIANA PATRICIA RODRIGUEZ GOMEZ	1133699060	Diana P
4	DEILER VALOIS CACERES	1076339139	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LILLIAM MELIZA CACERES DELGADO	1004052693	Meliza
5	WEIDY NAHIARA LERMA MURILLO	1076339265	03/02/2025						500 g	250 g	250 g	250 g					LEIDY VIVIANA LERMA MURILLO	1076986703	Viviana
6	CALEB DAVID ASPRILLA MOSQUERA	1076339369	03/02/2025						500 g	250 g	250 g	250 g					CLAUDIA LUZ MOSQUERA VALDERRAMA	35697153	Claudia
7	ARLETH VICTORIA CARDONA GARCIA	1076339371	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					JHOHAIDY ANDREA GARCIA PEREA	1193033425	Andrea
8	NICOLAS CUESTA MURILLO	1076339489	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					NORYS TERESA MURILLO RAMIREZ	1133684549	Norys T
9	MATEO MOSQUERA AMPUDIA	1131205934	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					KELY SAMIRA AMPUDIA OREJUELA	1076335399	Kely S.
10	SAMUEL MOSQUERA AMPUDIA	1131205935	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					JUAN CAMILO MOSQUERA PEREA	1076334379	Camilo M

Observaciones:

Firma: Leonila Perea

Nombre legible de quien entrega:

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



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FT.MO13.FP	23/05/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Tradicional

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activo NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Leonila Perea L

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	LOVELYN THALIANNY MURILLO MOSQUERA	1076338044	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DIANA MARCELA MOSQUERA IBARGUEN	1004052870	Diana Mosquera
1	HEMELY SAMANTA LOPEZ VINAZCO	1076338448	01/04/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JOHANA MARIA VINASCO GARCIA	1004628328	Johana Vinasco
1	LIANA JAIDRIANA MOSQUERA MORENO	1076338450	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARTHA LILIANA MORENO	1079096796	Martha Moreno

Observaciones:

Firma: Leonila Perea

Nombre legible de quien entrega:

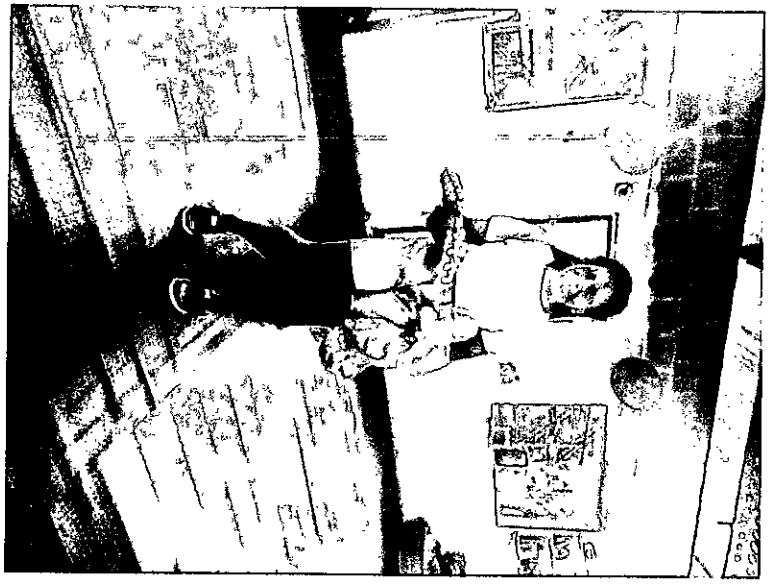
Antes de imprimir este documento ... piense en el medio ambiente!

Evite sacar copias de los registros si no son estrictamente necesarios para 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

FLAN-FO-PP	[illegible]
Versión 3	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Funsa NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Morle Rocio

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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) (Anotar 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 DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					MN 6-11 M	MN 12 A 23 M	MN 2-5 A 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN, PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (2 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 350 G)	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 guion si el alimento no se entregó en el paquete.											
1	WEILY DYARY NAVIA VALOYES	1076337798	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					WILLY NIVIA CAICEDO	1076335941	Dayana
2	JHOSELIN SOETH OREJUELA MOSQUERA	1076337912	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUISA FERNANDA MOSQUERA URRUTIA	1003851178	Luisa mos
3	CRISTAL RENGIFO OREJUELA	1076338422	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUZ ENEIDA OREJUELA URRUTIA	1076326854	luz eneida
4	JUAN MANUEL RIVAS MORENO	1077201107	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					SANDRA LEONOR MORENO BENITEZ	1078986540	Sandra
5	LORENA HINESTROZA PALACIOS	1077486740	03/06/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					SANDRA MILENA PALACIOS PALACIOS	1003934525	Sandra
6	CEIDER MOISES RIVAS ARRIAGA	1079102904	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ALBA LUCIA ARRIAGA RENTERIA	1010157836	Alba
7	MAIKOL EMILIO OREJUELA HURTADO	1128730832	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA FERNANDA OREJUELA	1128725486	Fernanda
8	LIAM DAVID CORDOBA	1128730933	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					FABIOLA MOSQUERA MARTINEZ	1128724608	Fabiola
9	YULIANNY CORDOBA MOSQUERA	1128730935	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					FABIOLA MOSQUERA MARTINEZ	1128724608	Fabiola
10	CARLOS YOEL MOSQUERA MOSQUERA	1128731253	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YARLEYDYS MOSQUERA MOSQUERA	1128725391	Yarleydys

Observaciones:

Firma: Marlen Rocio V.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	FI.M013.FP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitario

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Marlen Rocio NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Marlen Rocio

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 G MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	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	WENDY NAHOMY MOSQUERA RENGIFO	1076338917	03/02/2025	10/02/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					YENNY MARCELA RENGIFO RENTERIA	1193484709	Marcela
2	YIJARI HURTADO URRUTIA	1076339243	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					VILESA URRUTIA MOSQUERA	1076326832	Yilesa
3	ALAIA CAMILA RIVAS ARRIAGA	1076339349	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					ALBA LUCIA ARRIAGA RENTERIA	1010157836	Alba

Observaciones:

Firma: Marlen Rocio V.H

Nombre legible de quien entrega:

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

Cualquier copia impresa de este documento es una copia no controlada 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

P1.MO13.PP	29/09/2019
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

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA MARIA EDILSA PEREA

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				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 ROJA	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	JUAN GABRIEL CORDOBA MOSQUERA	1076338828	03/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					SANDRA PATRICIA MOSQUERA ASPRILLA	1007454156	Sandra
2	AMAIA SARETH CORDOBA MOSQUERA	1076339170	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					SINDI ADRIANA MOSQUERA MOSQUERA	1003851213	Sindi
3	ANA MARIA CHOPERENA CORDOBA	1076339359	03/02/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					YICETH CORDOBA MORENO	1007545001	Yiceth
4	LUCAS JOSE MORENO URRUTIA	1079103148	03/02/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g					LORENA URRUTIA MARTINEZ	1000895974	Lore.
5	MAEL ISAIAS QUINTO PALACIOS	1079103190	03/02/2025			x			500 g	250 g	100 g	250 g					WENDY TATIANA PALACIOS MORENO	1003932659	Wendi
6	ALAN JESUS CORDOBA MOSQUERA	1079103226	03/02/2025			x			500 g	250 g	50 g	250 g					MARIA DIOCELINA MOSQUERA MOSQUERA	1007545162	Mariadio
7	MATEO MOSQUERA MOSQUERA	1079103351	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					CARLOS JAIR MOSQUERA MOSQUERA	1076323161	Carlos

Observaciones:

Firma: Mª Edilsa Perea

Nombre legible de quien entrega:

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

Cuidado con fotocopias de este documento, no tienen validez

LOS DATOS PROPORCIONADOS ESTAN PROTEGIDOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ESTABLECIDA EN LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.PP13.FP	23/09/2015
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Público	

REGIONAL: Chocó . CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitarios

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: JUNIO

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Reales NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA MARIA EDILSA PEREA

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	BREIMAR JOSUE GONGORA CORDOBA	1076337848	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ANA YADIRA CORDOBA MORENO	1003852205	Ana Y
2	GNESIS CRISTAL MOSQUERA VALENCIA	1076338463	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YENNY MOSQUERA	1076327446	Yenny
3	KIARA JULIETH MOSQUERA URRUTIA	1076338474	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					KAREN LORENA URRUTIA QUINTO	1079094246	Karen
4	ESTHER MOSQUERA MOSQUERA	1076338619	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA EDILSA MORENO MORENO	1003851230	Mª Edilsa
5	FREILIN PAOLA MOSQUERA CORDOBA	1076338627	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA FERNANDA CORDOBA MARTINEZ	1020109179	Maria F
6	MIGUEL ANGEL CORDOBA MOSQUERA	1079102701	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					SANDRA PATRICIA MOSQUERA ASPRILLA	1007545156	Sandra

Observaciones:

Firma: Mª Edilsa Perea

Nombre legible de quien entrega:

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

Este documento contiene información de uso interno de BIENESTAR FAMILIAR

LOS DATOS PROPORCIONADOS PODRÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ESTAB. EN LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

Versión 3 | 29/03/2019 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

REGIONAL: Choco CENTRO ZONAL: _____ MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Tradicional

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA: Juleni Borja

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 100

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

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
					INV 6-11 M	INV 1-2 A y 11 M	INV 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	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	DARLINTON JHOEL MOSQUERA MOSQUER	1076339113	03/02/2025	19/06/25		x			500 g	250 g	300 g	250 g					DARLYN MOSQUERA MOSQUERA	1079101595	Darlin M
2	MAHIAN ZARETH HURTADO HURTADO	1076339235	03/02/2025	19/06/25		x			500 g	250 g	250 g	250 g					ANGELICA HURTADO CORDOBA	1005878078	Angelica
3	YEISY ANDREA HURTADO CUESTA	1076339448	03/02/2025	19/06/25		x			500 g	250 g	200 g	250 g					YENSY CUESTA MOSQUERA	1076324812	Yensi e
4						x			500 g	250 g	150 g	250 g							
5						x			500 g	250 g	100 g	250 g							
6						x			500 g	250 g	50 g	250 g							
7						x			500 g	250 g	250 g	250 g							
8						x			500 g	250 g	250 g	250 g							
9						x			500 g	250 g	250 g	250 g							
10						x			500 g	250 g	250 g	250 g							

Observaciones:

Firma: Juleni Borja T

Nombre legible de quien entrega:

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


Perdón
Por Favor
Gracias
De nada
1
2

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FT.M013.FP	28/03/2018
Versión 8	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Hogar mis primeros pasos

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: H. C. T.

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion sueños activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Hogar mis Primeros Pasos

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: B/Santagenovelva

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				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 ROJA	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	JARLIMSON LUIS ARBOLEDA MURILLO	1076338702	03/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					SANDRA GENIS MURILLO TORRES	1078986852	Sandra Murillo
2	JOELY SARAY ARBOLEDA ALBORNOZ	1076338988	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					JADY ELOISA ALBORNOZ RIVAS	1077198009	
3	AIDEN JOSEPH MOSQUERA RIVAS	1076339126	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					YENNY VANESSA RIVAS MORENO	1006702042	Vanessa R
4	STARLET ALESSANDRA LERMA CORTES	1191226167	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					CARMEN VIVIANA CORTES QUIÑONEZ	1107092676	Viviana C
5	WANNY.YORLEY MURILLO RAMIREZ	1234993463	01/04/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					PAOLA MEDINA BENITEZ	1149444108	Diana M.

Observaciones:

Firma: Ana del pilar Murillo

Nombre legible de quien entrega:

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

Cuando sea necesario imprimir este documento, hágalo en blanco y negro COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F1.MOS1.PP	25/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Público	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmino MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: H. C. T.

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: H. C. T.

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

MES DE ENTREGA: JUNIO

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Hogar mis Primeros Pasos

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: B/Cartagenoveva

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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL 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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	BIENESTARINA MAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Hombre 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	HANA PALACIOS IBARGUEN	1076337905	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					SAIDA YOLENNI IBARGUEN RIVAS	1148191555	
2	MARIA JOSE PEREA AGUILAR	1076337916	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CATERINE AGUILAR MOSQUERA	1076329026	Caterine A
3	HAIRA VALENTINA BENITEZ MOTRENO	1076338254	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YESICA DELFINA MORENO ARBOLEDA	1193528596	Yesica Moreno
4	EMYLY NAIARA VELAZQUEZ RIVAS	1076338449	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CLEIDA YERALDIN RIVAS MURILLO	1006218216	Cleida R
5	JARLIN LICETH ARBOLEDA MURILLO	1078987794	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					SANDRA GENIS MURILLO TORRES	1078986852	Sandra murillo
6	ELIAN FELIPE MURILLO CEFERINO	1079102786	02/05/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					KEYDY DAYANA CEFERINO RAMIREZ	1193246687	Keidy C.
7	EMILY YULIETH ANGULO OREJUELA	1114842805	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	2 LITRO					KAREN YULISSA OREJUELA MURILLO	1076325937	Karen O
8	YAREU SAIANA RIVAS LOPEZ	1128026360	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	3 LITRO					YASURY RIVAS LOPEZ	1133885176	Diana Hoy

Observaciones:

Firma: Ana del pilar Mo

Nombre legible de quien entrega:

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCION
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI.IN013.
Versión 3

Clasificación de la Información
Pública

25/03/2019
Página 1 de 1

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina
NOMBRE DE LA MODALIDAD: Hcb Comunitaria
NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Hcb
RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso X Otro ___ Especifique: _____
MES DE ENTREGA: JUNIO
NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sucesos Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ___DIORIS FARNERY __ARBOLEDA _____
DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Santagenoveva
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: _____

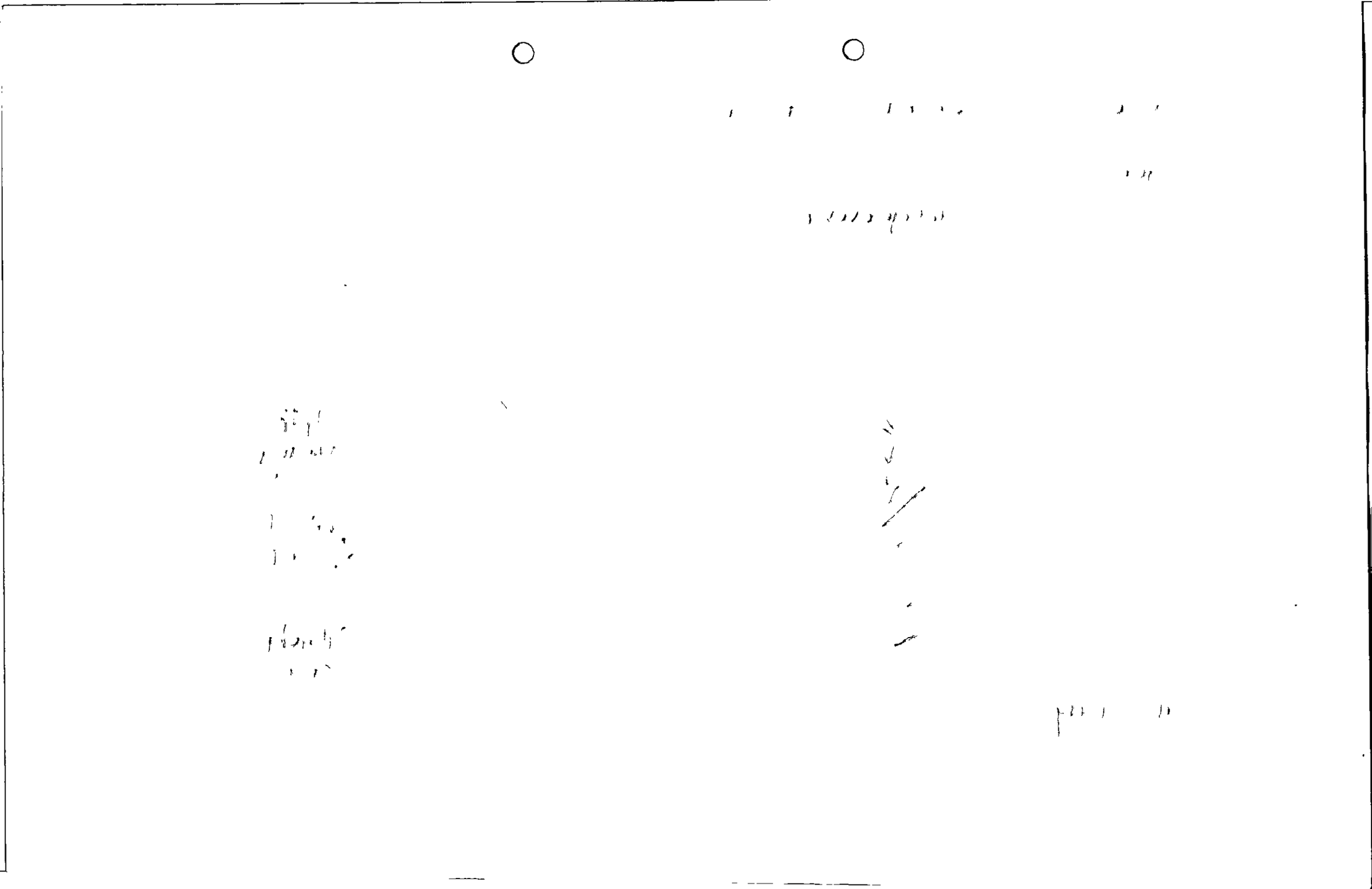
Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NM 6-11 M	NM 1-2 A y 11 M	NM 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (# 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	ELIAN ARLEY CAICEDO ASPRILLA	1076338667	03/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					HEIDY ELIANA ASPRILLA MURILLO	1078966246	Heidy Elia
2	MARIA JOSE URRUTIA MORENO	1076336714	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					MARIA DIOSELINA MORENO LOZANO	1010080712	Dioselina
3	JOSHUA BELTRAN VALENCIA	1076338836	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LUZ MELBA VALENCIA IBARGUEN	1017145250	Luz Melba
4	AISLING YARETZI CORDOBA HURTADO	1076339021	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					YURI LICETH HURTADO CORDOBA	1006195083	Yuri Hurtado
5	VALERY FAVIANNY ASPRILLA MOSQUERA	1076339130	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					YENIFER MOSQUERA	1004052643	yenifer M
6	AXEL YAEL MOSQUERA HURTADO	1076339199	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					YENIFER MOSQUERA HURTADO	1076324378	Yenifer M
7	YESSICA MCKAYLA MORENO MURILLO	1076339217	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					KAREN YISELA MORENO MURILLO	1076334205	Karen moreno
8	NEYMAR ALEXANDER REYES CORTEZ	1079103184	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					KAROLL DAYANA CORTEZ LOPEZ	1110044053	Gabriela C.
9	MILAN DAVID LERMA CARDONA	1109688346	01/04/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					GABRIELA CARDONA ESCOBAR	1109660467	Gabriela C
10	JHOILER SAEL ARBOLEDA MURILLO	1168213014	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					GLORIA EUGENIA MURILLO BEDOYA	1076333074	Gloria

Observaciones:

Firma: Dioris Farnery A.

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

PI.M015.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: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: JUNIO

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DIORIS FARNERY

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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 VILLALOBOS PALACIOS	1076337997	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA EUGENIA PALACIOS HINESTROZA	1076818604	Maria E P.
2	DANNY LORENA MONTAÑO LOPEZ	1079102733	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JULI PATRICIA MONTAÑO CASTRO	1111759104	Juli patricia
3	LESLIN IVETH LONGA CAICEDO	1079102753	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CARMEN JOHANA CAICEDO	1020744954	Carmen C

Observaciones: _____

Firma: Dioris Farnery A.

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

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso X Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: SUEÑOS ACTIVOS NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA Mª Cristina Mendoza

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 - PERÍODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (# UNIDADES)	LENTEJA	BIENESTARINA MÁS	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	JHOSUARD SMITH DENIS LARGACHA	1076338721	03/02/2025	10/6/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					JHON ALEXANDER DENIS RENTERIA	1076335139	Carol Liceth Largacha
2	YISMAR FARAN RIVAS MURILLO	1076339090	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					YEISMY ADRIANA MURILLO ARBOLEDA	1133684615	Yeismy A Murillo
3	ANA MARIA HURTADO BECERRA	1076339459	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					miguel angel hurtado velasquez	1151934311	Miguel Ángel Hurtado
4	RYAN ALEJANDRO ARBOLEDA GIRALDO	1079103101	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LEIDY JOHANA GIRALDO RENTERIA	1193048368	Leidy Johana Giraldo
5	HELLEN SOPHIA MENDOZA MARTINEZ	1119219655	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LEIDY KARINA MARTINEZ MORENO	1133684003	Leidy Karina Martinez
6	EIMY SALOME VIDAL VALLECILLA	1144001738	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					JAIDER ANDRES VIDAL CUERO	1086726871	Jaider A Vidal

Observaciones:

Firma: Cristina Mendoza

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.MO.CLPP	29/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Mª Cristina Mendoza

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL 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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	GUSTIN DAHIAN BEDOYA MOSQUERA	1076338287	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					KELLY JOHANA MOSQUERA QUINTO	1004052849	Kelly Johana Mosquera
2	JUAN CAMILO GONZALEZ AYALA	1076338326	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					OLGA LUCIA AYALA MOSQUERA	1077198479	Olga Lucia Ayala
3	ANGEL JOEL HURTADO BECERRA	1076338429	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					miguel angel hurtado velasquez	1151934311	Miguel A. Hurtado
4	FRANKIER JASIEL VELASQUEZ MORENO	1078102522	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					VANESA VELASQUEZ MORENO	1077457597	Vanesa Velasquez
5	JUAN ANGEL CASTRILLON URREA	1129624469	01/04/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARLYN DAYANA URREA CATANO	1039683770	Dayana Urrea

Observaciones:

Firma: Cristina Mendoza

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

P1.IN013.FP	23/03/2015
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: SUEÑOS Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Flor María Martinez

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (8 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	STEISY YULIETH MARTINEZ MOSQUERA	1076337769	03/02/2025	19/06/2025					500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LEIDY GISELA MOSQUERA MOSQUERA	1076330079	Leidy G Mosquera
2	JHOSELIN DAHIANNY REYES SANCHEZ	1076338532	03/02/2025						500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					KEYNY DAHIANA SANCHEZ PEREA	1076323604	Keiny D. Sanchez
3	LUIS MATIAS ISNARE PEÑA	1076338549	03/02/2025						500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MISOLANDA PEÑA NEGRIA	1007545243	misolanda Peña
4	YEINER CABEZON ISMARE	1079102341	03/02/2025						500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					INELDA ISMARE ZARCO	1193539285	Inelda Ismare
5	GEILYN SARHIANA RIVAS MARTINEZ	1079102740	03/02/2025						500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JULIA JOHANA MARTINEZ MORENO	1076377441	Julia martinez
6	SAMUEL JOSE PIZARIO ISMARE	1079192445	03/02/2025						500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YENNY LUZ ISMARE SARCO	1007597741	Yenny L. Ismare
7	KELY HERNANDA MESA MEMBACHE	1128026276	03/02/2025						500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					FORDANOLIA OSORIO MEMBACHE	1133664494	fordanolia osorio

Observaciones:

Firma: Flor María Martinez

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	FI.MO13.FP	29/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: SUEÑOS ACTIVOS NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Flor María Martinez

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					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 ROJA	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	HELLEN VILLAR OSORIO	1037489344	03/02/2025	10/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					MAGOLA OSORIO NISPERUZA	1129684642	Magola Osorio
2	JOSE JESUS PIZARIO ISMARE	1076338659	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					NORY CAMILA MOÑA CHAMAPURO	1078688126	Nory Camila Chamapuro
3	WATSON ISMARE PEÑA	1076339082	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					MISOLANDA PEÑA NEGRIA	1007545243	Misolanda Peña
4	ZOE NAHIARA VELASQUEZ MOSQUERA	1076339189	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					MALFRY MELIZA MOSQUERA AMUD	1076322950	Malfry M. Mosquera
5	LUCIA ISMARE CAIZAMO	1076339193	03/03/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					INELDA ISMARE ZARCO	1193539285	Inelda Ismare
6	NAYLIN DAYANA MURILLO MORENO	1079103147	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					MARIA YENISETH MORENO MARTINEZ	1078987845	Yeniseth Moreno

Observaciones:

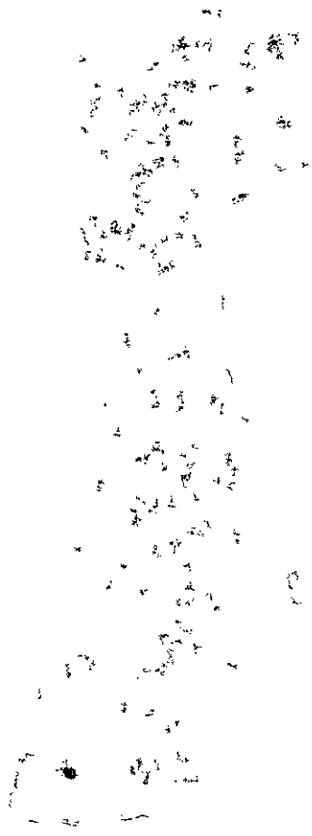
Firma: Flor María Martinez

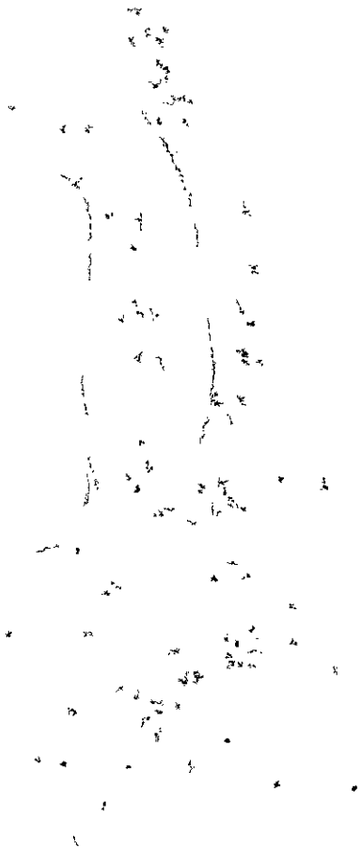
Nombre legible de quien entrega:

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




15:04







BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	PI.PROM.FP.FP	29/03/2019
		Versión 8	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Público	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: H.C.T

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: H.C.T-

RACIÓN: Mensual____ Vacaciones o Receso X Otro ___ Especifique:

MES DE ENTREGA: JUNIO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA HOGAR ROSA OVIDIA VALOIS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: B/ SAN FRANSISCO

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				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
					MAYOR DE 1 AÑO	MAYOR DE 2 AÑOS Y MENOR DE 3 AÑOS	MAYOR DE 3 AÑOS Y MENOR DE 5 AÑOS	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	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	JASMIN ALAIA ARENAS WALDO	1076338618	03/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	300 g	250 g					MARI BERNARDAWALDO O.	1129044682	
2	FRAYLIN MARIA QUINTO COLLAZO	1076339508	03/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	250 g	250 g					FRANCIA ELENA COLLAZO	35697855	
3	ELIAN SANTAMARIA GOMEZ	1040102451	03/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	200 g	250 g					CINDY YOLIMA GOMEZ	1036394365	
4	JANER ANDRES PLATA TRVIÑO	1076927012	03/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	150 g	250 g					MARIA ALEXANDRA TRIVIÑO	1075311385	
5	ELIANA HINESTROZA CABRERA	1076339351	03/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	100 g	250 g					DANNY LUZ CABRERA	1003719475	
6	MAHELET DAHIARA MURILLO MORENO	1079103173	03/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	50 g	250 g					DAICY MARCELA MORENO	1077186080	

Observaciones:

Firma: ROSA OVIDIA VALOIS

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.MO13.PP	07/02/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Público	

REGIONAL: CHOCO CENTRO ZONAL: ISTMINA MUNICIPIO: ISTMINA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: HOGAR ROSA OVIDIA VALOIS

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: H.C.T

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

MES DE ENTREGA: JUNIO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA HOGAR ROSA OVIDIA VALOIS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: B/ JUAN FRANCISCO

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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				HOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					BIN 6-11 M	BIN 12-24 y 11 M	BIN 3-4 A y 11 M	PERSONA GESTANTES EN GESTACIÓN Y PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (O VIVERATOR)	LENTEJA	LECHE DE VACA ENTERA (POLVO 11 BOLSAS DE 200 G)	SEMENTARINA ARAS	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional 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	HEIDY YULIANA PEÑA	1076338158	03/02/2025	19/05/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					BERENICE PAPEUTO	1193864287	Berenice P.
2	JAIU SOFIA MARTINEZ	1079102823	03/02/2025	19/05/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ARELYS PATRICIA BENTERIA	1128726794	Arelys Patricia
3	ELAN NAIDARA GAMEZ	1078473569	03/02/2025	19/05/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARILIN QUINTO	1823540931	Marilin Quinto
4	FRANK ALEXANDER POTES	1079102508	03/02/2025	19/05/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					NATALIA POTES	1193240814	Natalia P.
5	SHAIRA MICHEL MURILLO	1079102899	03/02/2025	19/05/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ANYI JAIDIS MOSQUERA	1079093160	Anyi Jaidis
6	JUAN DAVID MORENO	1079103017	03/02/2025	19/05/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DARLIN MURILLO COLAZO	1078530005	Darlin Murillo
7	HARRISON DOBIO CHOCHO	1079102949	03/02/2025	19/05/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
8																				
9																				
10																				

Observaciones:

Firma: ROSA OVIDIA VALOIS

Nombre legible de quien entrega:

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

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

REGISTRO FOTOGRAFICO

ENTREGA DE LA RACION VACACIONAL HOGAR ROSA OVIDIA VALOIS



Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MD13.PP	28/03/2018
Versión 9	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina. MUNICIPIO: Istmina.

NOMBRE DE LA MODALIDAD: H.C.T.

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: H. C.T.

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos, NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Hogar Shirley Ramirez.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: B/ independencia.

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

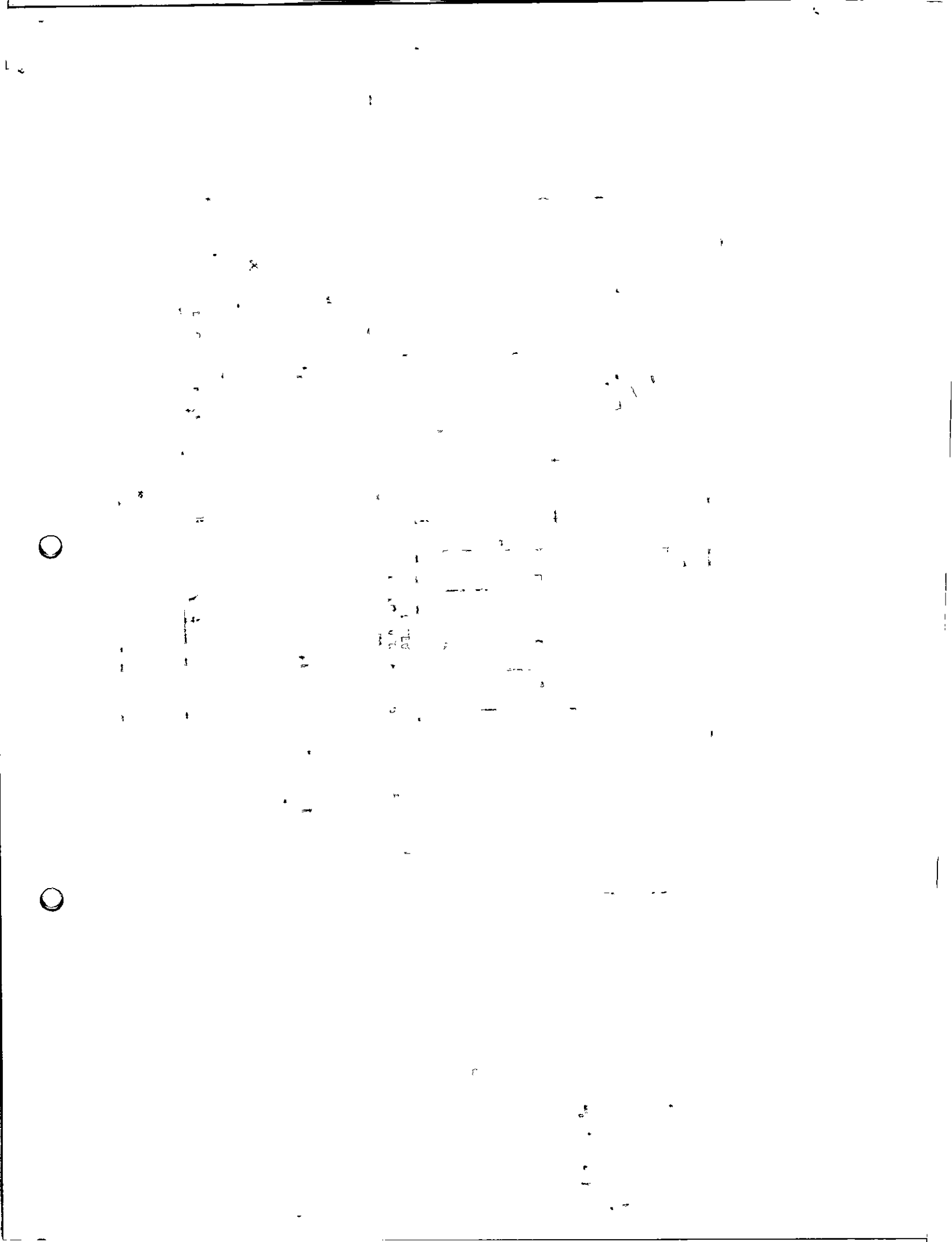
Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					MN 6-11 M	MN 1-2 A y 11 M	MN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	YOIDER FABIAN QUINTO IBARGUEN	1076338643	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YURLEIDA IBARGUEN URRUTIA	1193240781	Heidi Ibarg.
2	EDINSON LONGA VALENCIA	1078103880	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					EIDY LORENA LONGA VALENCIA	1079093436	Lorena.
3	KEIRYN JHOANA SANCHEZ RENTERIA	1078473508	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YOAN ARLEY SANCHEZ MACHADO	1010101567	Paola M.

Observaciones:

Firma: Shirley Ramirez.

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

FLM013.FP	01/02/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina.

NOMBRE DE LA MODALIDAD: H.C.T.

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Hogar Shirlen Ramirez

RACIÓN: Mensual ____ Vacaciones o Receso X Otro ___ Especifique: ____

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA Hogar shirlen R.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: B/ Independencia.

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	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 DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
					De 6-11 M	De 1-2 A y 11 M	3 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	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	DISSA PALACIOS GOMEZ	1075029715	03/02/2025	10/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					ANA DELIS GOMEZ PEREA	36697229	Ana Gómez
2	ANGEL DAVID CORDOBA HEREDIA	1078338835	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					ENILSE HEREDIA CORDOBA	1078323440	Enilse H.
3	JESLYN ADHARA VIVEROS CORDOBA	1078338760	03/02/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					ALEIDY YARITZA CABALLERO MOSQUERA	1003588944	Anita Hadi
4	PEDRO JOSE CAICEDO BENITEZ	1078339220	03/02/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g					LUZ BENITEZ	1076818263	Luz Eveny
5	ANGEL ANDRES PALACIOS LARGACHA	1078339314	03/02/2025			x			500 g	250 g	100 g	250 g		—	—		ANA LILIANA LARGACHA ACHITO	1128725655	Ana Liliana
6	ETHAN JOHAN MARTINEZ GRANJA	1078339381	03/02/2025			x			500 g	250 g	50 g	250 g					MICHEL CAMILA GRANJA GONZALEZ	1133679036	Michel
7	KEILY SCARLY SANCHEZ CABALLERO	1078625351	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					ALEIDY YARITZA CABALLERO MOSQUERA	1003588944	Aleidy C.M
8	JASEN ANDRES CORDOBA ZUÑIGA	1079103184	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LUISA FERNANDA CORDOBA MOSQUERA	1079083729	Luisa

Observaciones:

Firma: Shirlen Ram

Nombre legible de quien entrega

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

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9

REGISTRO FOTOGRAFICO DE ENTREGA DE RACION VACACIONAL

SHIRLEN RAMIREZ CACERES





Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com

FUNDACIÓN SUEÑOS ACTIVOS "FUNSA"
NIT: 900.898.122-9









Dirección en la Calle 26 # 14 - 117 BARRIO LA ESMERALDA, QUIBDÓ
Teléfono: 3105443443/3135820495 Correo electrónico: suenosactivos@gmail.com



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	PLAN	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: Comunitarios

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: H.C.B.

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Yenny M M.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Yenny martinez

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 2736 1000 61.638

Nº CUPO	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
					NH 6-11 M	NH 12 A y 11 M	NH 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	BUENESTARINA 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	DARIAN ESTARLIN MURILLO MORENO	1076338647	03/02/2025	18-06-25		X			500 g	250 g	300 g	250 g					DARLIN VIVIANA MORENO RIVAS	1076332874	Viviana M
2	ANGEL GAEL MORANTE MOSQUERA	1076338698	03/02/2025	18-06-25		X			500 g	250 g	250 g	250 g					ROSA MARIA MOSQUERA PEREA	1193533560	Rosa maria M.
3	INGRID YUCETH BARAHONA MURILLO	1076338749	03/02/2025	18-06-25		X			500 g	250 g	250 g	250 g					MARIA GEORGINA MURILLO	1148451362	maria murillo
4	LIBIA ROCIO CETRE MOSQUERA	1076338951	03/02/2025	18-06-25		X			500 g	250 g	250 g	250 g					DELCY JOHANA MOSQUERA CASTRILLON	1076327011	Johana Mos
5	SHARON MARIANA MORENO MURILLO	1076339058	03/02/2025	18-06-25		X			500 g	250 g	250 g	250 g					YENNY ALEXANDRA MURILLO MARTIENZ	1079101781	yeny murillo
6	ADHARA MORENO ARBOLEDA	1076339316	03/02/2025	18-06-25		X			500 g	250 g	250 g	250 g					MARI LEICER MURILLO MURILLO	1079092449	mari murillo
7	EMMANUEL PALACIOS GRANADA	1076339347	03/02/2025	18-06-25		X			500 g	250 g	250 g	250 g					SUSANA YASMIRA GRANADO VELASQUEZ	1010081575	Susana Granado
8	MILAGOS NOHEMY LOPEZ IBARGUEN	1077652531	03/02/2025	18-06-25		X			500 g	250 g	250 g	250 g					KAREN DANIELA LOPEZ IBARGUEN	1114010315	Karen lopez
9	EMANUEL ENRRIQUE MURILLO DEMOYA	1079103210	04/02/2025	18-06-25		X			500 g	250 g	250 g	250 g					YESICA DEMOYA CUETO	1140832389	Yesica Demoya
10	BRAINER SMITH MOSQUERA	1128089842	03/02/2025	18-06-25		X			500 g	250 g	250 g	250 g					MARIA YARIZA MOSQUERA MOSQUERA	1030420171	Yariza Mos Yariza

Observaciones:

Firma: Yenny martinez M.

Nombre legible de quien entrega:

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	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: Comunitario

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: H.C.D

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Yenny Martinez

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 100

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 27361000161-638

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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	BRIANNY SOFIA VALOYES ARBOLEDA	1076338401	03/02/2025	18-06-25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					veiler MOSQUERA	1128024160	Yarlin Mosquera
2	YERLYN DANIEL MOSQUERA ANDRADE	1076338408	03/02/2025	18-06-25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUZ ALEYDIS ANDRADE MORENO	1133664202	Luz Aleydis Moreno
3	DAIMAR SAELD SALAZAR MOSQUERA	1128089631	03/02/2025	18-06-25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA YARIZA MOSQUERA MOSQUERA	1030420171	Yenny Mosquera

Observaciones:

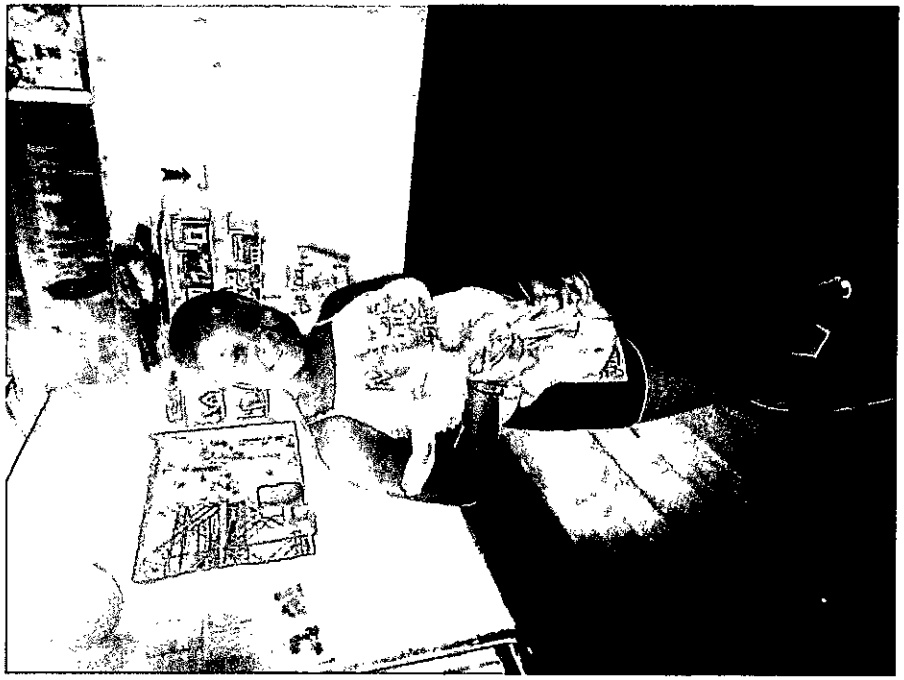
Firma: Yenny M. M.

Nombre legible de quien entrega:

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

Destruir este documento es una conducta sancionada como falta grave

LOS DATOS PROPORCIONADOS 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

P1.MO13.FP	29/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitarios

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Yadira Leudo NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Fundación S. A

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL 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 ROJA	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	YIAN DAVIAN MOSQUERA IBARGUEN	1076338782	03/02/2025			x			500 g	250 g	300 g	250 g					ASTRID YULENNI IBARGUEN RUIZ	1004052982	Astrid I.
2	ANNY DAIQUELY CARPIO CHOCHO	1076338911	02/05/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					HANUAR CARPIO GUATICO	1004052550	Hanuar C.
3	OSSLYN ADHARA URRUTIA RIVAS	1076338983	03/02/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					CAREN YOISEN RIVAS LEUDO	1076325605	Karen Y.
4	DEILIN YANETH RIVAS RIVAS	1076339118	03/02/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g					MARIA ENEIDA RIVAS RIVAS	1078986145	Maria E.
5	JACKSON YADIEL SERNA LEUDO	1076339380	03/02/2025			x			500 g	250 g	100 g	250 g					YASSON SERNA URRUTIA	1076320382	JASSON S.
6	CINDY MANUELA LOZANO ISMARE	1076339388	03/02/2025			x			500 g	250 g	50 g	250 g					GLORIA ISMARE CABEZON	1148192259	Gloria I.
7	ANDRIMAR STEFANIA CHIRINOS MARTINEZ	613C1C88800940 EC8867181E8888 202D46627	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					GISELA ISABEL PALOMINO VIZCAINO	32580558	Gisela

Observaciones:

Firma: Yadira Leudo

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

PLMO13.FP	29/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Yadira Leudo

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: San Agustín

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 27361000 06237

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 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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	ANGEL MAXIMILIANO RODRIGUEZ GRATEROL	24015194	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIAANGEL STEFANNY GRATEROL CARABALLO	31267387	Mª Angel
2	LIAM DAVID MOSQUERA IBARGUEN	1076338193	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ASTRID YULENNI IBARGUEN RUIZ	1004052982	Astrid I.
3	EMELYN MELISSA URRUTIA POSSO	1076338533	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YENNIFER JHOANA MOSQUERA MOSQUERA	1076323642	Yeniter P.
4	JOSE DAMIAN RIASCOS LARGACHA	1076338602	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUZ MERY LARGACHA HURTADO	1076322611	Luz meri
5	DEINNER AZIEL ROJAS RODRIGUEZ	1076338666	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					VILMARY WLADIUSKA CARABALLO RODRIGUEZ	60524784	Wladiuska
6	SCARLEEN TAMARA CANO OREJUELA	1079102990	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ANA ZORAIDA OREJUELA POTES	35696911	Ana Z.

Observaciones:

Firma: Yadira Leudo

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

FLMO13.PP	28/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1

Clasificación de la Información
Pública

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Somos Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Elizabeth perea

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL 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 ROJA	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	DAVIANNY ANDREA MOSQUERA TORRES	1076338669	03/02/2025			x			500 g	250 g	300 g	250 g					Andri Torres	1109542802	Andri T.
2	JARLAN DAVID LERMA CASERES	1076338726	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					Dissa caceres		Dissa
3	ELIAN DAVID MOSQUERA MOSQUERA	1079103383	03/02/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					Tatiana M.	1026329183	Tatiana
4	EILYN ALAHIA VIVAS VALOYES	1079103452	03/06/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g							

Observaciones:

Firma: Elizabeth Perea

Nombre legible de quien entrega:

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

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

REGIONAL: Chocó a CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Elizabeth perea

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	DAVINSON QUINTO MORENO	1076338036	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					Paola Moreno	66659664	Paola
2	JHONATHAN ARLEY PALOMEQUE MARTINEZ	1076338102	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					Angelica Martinez	1076328142	Angelica
3	DANA MILAGRO QUINTO MORENO	1076338563	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					Paola Moreno	66659664	Paola
4	IAN SAMUEL MOSQUERA MENA	1079102505	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					Audri Torres	1109542802	Audri
5	TALLY DALIANA IBARGUEN JIMENEZ	1079102822	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					Dissa caceres		Dissa
6	LIAM JARETH QUINTO URRUTIA	1079103032	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					Jhovanny M.	1076322513	Jhovanny
7	DANNA SARAY RUIZ IBARGUEN	1128026399	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					Karen Urruto 10790	1079078039	Karen
8	ANNY YALIANA LOZANO PALACIOS	1128731527	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					Daniela F	1076370209	Daniela
9							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					Yarler Lozano		Yaler
10							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							

Observaciones:

Firma: Elizabeth perea P

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR

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

FT.M013.PP	29/05/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UOS/UBA /UCA Carmen Cordoba

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: C/ Santa Genoveva

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 27361000 66564

Nº REGISTRO	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
					HOGAR 6-11 M	HOGAR 1-2 A y 11 M	HOGAR 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	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	KEILYN ALANNA MURILLO LERMA	1076338662	03/02/2025			x			500 g	250 g	300 g	250 g					YOHANA CRISTINA LERMA GUTIERREZ	1076987014	Yohana
2	MILAN JOSUE VALENCIA RIVAS	1076338769	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					WENDY DAYANA VALENCIA RIVAS	1079093463	Wendy Valencia
3	LIAM JAYDER MORENO VALENCIA	1076338775	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					MARLENY VALENCIA RIVAS	1076334145	Marleny
4	YEIDY DARIANA MURILLO GUTIERREZ	1076987897	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					EDITH VANESSA MURILLO GUTIERREZ	1004046973	Vanessa
5	LIANNY MAITE LOPEZ MANYOMA	1079103142	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					ZAMIRA MANYOMA MURILLO	1003914467	Zamira
6	HEILYN ZAMARA MURILLO TORRES	1079103167	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					ERIKA SAMIRA TORRES COPETE	1079093252	Erika Samira

Observaciones:

Firma: Carmen Cordoba

Nombre legible de quien entrega:

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCION

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS Primera Infancia

FLIN013.FP	29/03/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Sueños Activo NOMBRE DE LA UDS/UBA/UCA Carmen Cordoba

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: B/ Santa Genoveva

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 27361000 66569

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
					NH 6-11 M	NH 1-2 A y 11 M	NH 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 300 G)	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 guion si el alimento no se entregó en el paquete.															
1	LUNA FASIANNY ARCO MURILLO	1076337871	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LEANNY JHOANA MURILLO MARTINEZ	1075324799	Leanny
2	JUAN DANIEL QUINTERO BERMUDEZ	1076337962	01/04/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					EDILSERTO QUINTERO	16229631	Edilserto Q
3	LEIDER SMITH MURILLO GIL	1076338052	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					HADNI FARITH GIL GONZALEZ	1079358164	HADNI FARIT
4	CARLOS GABRIEL ELIS GONZALES ALVARES	1076333238	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUZ MARIA GONZALES ALVAREZ	21295773	[illegible]
5	LIAM SEBASTIAN LOPEZ MANYOMA	1076338339	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ZAMIRA MANYOMA MURILLO	1003914467	Zamira
6	MEISON ALEJANDRO GARCIA MORENO	1079102343	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA ANGELICA MORENO MOSQUERA	53011892	Maria M.
7	LIAM GAEL CORDOBA CORDOBA	1079103010	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DIANA YARLEIDY CORDOBA MOSQUERA	1079093624	Diana

Observaciones:

Firma: Carmen Cordoba

Nombre legible de quien entrega:

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



mbia, Chocó



Powered by CamScanner



ımbia, Chocó



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

P.MOC3.PP	20/09/2016
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: IST MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD:

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Sueños activos

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso X Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:

NOMBRE DE LA EAS: Sueños activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Rosa Merlin. H

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)					Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					NIÑOS 6-11 M	NIÑOS 1-2 A y 11 M	NIÑOS 3-4 A y 11 M	PERSONA G MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (# UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	OSTUAL JHORETH CHALA VALDERRAMA	1032193456	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					NORAIDY VALDERRAMA ROBLEDO	1076332453	Noraidy Robledo
2	ANDRES SAMIR DIAZ DELGADO	1076338215	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					HEIDY SAMIRA DELGADO ASPRILLA	1128844816	Heidy D.
3	GEICY YULIETH CORDOBA NAGLE	1076338218	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ANA MARIA NAGLE HURTADO	1003850755	Ana Maria
4	ARLEYSON PRADO RENTERIA	1076338314	03/03/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					VANESA GONZALEZ HINESTROZA	1078858034	[illegible]
5	EMMANUEL DELGADO IBARGUEN	1078473545	03/03/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					NATHALY IBARGUEN CACERES	31602471	NATHALY IBARGUEN
6	JAILIN NATALIA VALENCIA LOPEZ	1078987842	03/06/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	2 LITRO					LEIDY VANESSA LOPEZ TORRES	1079895030	Leidy Lopez
7	MARELIN JAZMIN LARGACHA MURILLO	1079102298	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	3 LITRO					MARIA AREISA MURILLO ASPRILLA	1076332315	Mar Murillo
8	ELIAN STIVEN NAGLES HURTADO	1079102940	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					GLADYS MARIA NAGLE HURTADO	1003850756	Gladis M.
9	YEIMY MAYER CAMPO ARCE	1093189476	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ELOISA ARCE NEQUETA	1093533126	Eloisa Arce

Observaciones:

Firma: Rosa M Hurtado

Nombre legible de quien entrega:

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.MO15.PP	28/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmo MUNICIPIO: IST

NOMBRE DE LA MODALIDAD: _____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Sueños activos

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso X Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: _____

NOMBRE DE LA EAS: 3 de Junio 2026 NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Bosa Martin Hurtado

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO DEL 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 ROJA	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	YOJAN YESITH PEREA LERMA	1076339284	03/02/2025			x			500 g	250 g	300 g	250 g					CLAUDIA SUSANA LERMA ASPRILLA	1149444084	Claudia lerma
2	SORIMAS TAJU MORROCO	1076339508	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					PATRICIA MORROCO CABRERA	1079099745	Patricia cabrera
3	DARLIN ARITZA MOSQUERA MURILLO	1078859181	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					MARIA AREISA MURILLO ASPRILLA	1076332315	Mari Murillo

Observaciones:

Firma: Rosa Hurtado

Nombre legible de quien entrega:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FT.MO12.PP	SNO3/2019
		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

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

MES DE ENTREGA: JUNIO

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION SUEÑOS ACTIVOS NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA ROSA MERLIN

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 360 G)	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 ANDRES ZULUAGA SANCHEZ	1076338446	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA ALEYDA SANCHEZ GIRALDO	1076334174	Maru Sanchez

Observaciones:

Firma: Rosa Merlin

Nombre legible de quien entrega:

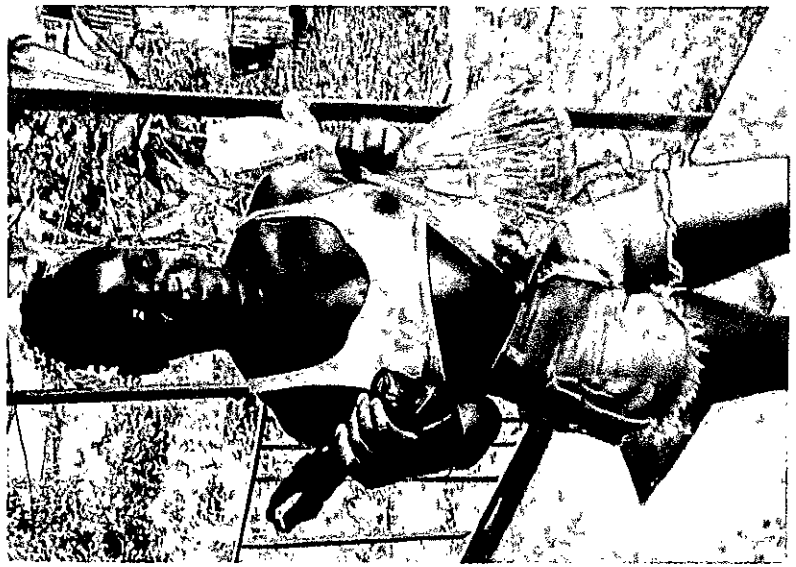
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

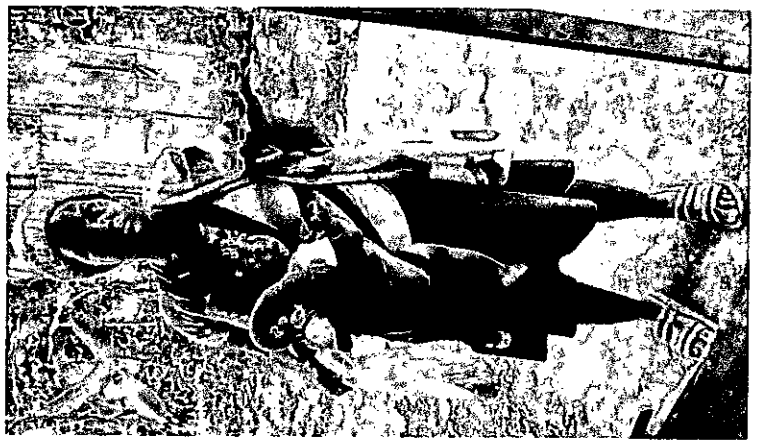
Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS CORRESPONDEN A LA FUENTE DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012









BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	PI.M013.PP	23/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Cesar CENTRO ZONAL: Valledupar MUNICIPIO: Valledupar

NOMBRE DE LA MODALIDAD: H.C. Tiempo C

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: SUEÑOS ACTIVOS

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

MES DE ENTREGA: 6-3-2025

NOMBRE DE LA EAS: Fundación Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Mz Hermida Cortes

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: B/ Cerros Altos

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				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 - PERÍODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 360 G)	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	AMY GABRIELA GARCIA BENITEZ	1033272111	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YENIFER ALEXANDRA BENITEZ CORTEZ	1076330808	Yenifer B
2	JHONARTH JACOB LEUDO LOZANO	1076337862	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LIZANDROS ROMERO	1193129193	Lizandros
3	GEMA BOLAÑOS GOMEZ	1076338164	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JEANY SHIRLEY GOMEZ HURTADO	1076327300	Jeany G
4	DAHIAN ALBERTO MEJIA	1076338531	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YENIFER ALEXANDRA BENITEZ CORTEZ	1076330808	Yenifer B

Observaciones:

Firma: Mz Hermida Cortes

Nombre legible de quien entrega: 35850016

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	P1.IN013.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: HCT

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: Sueños Activos

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

MES DE ENTREGA: 6-3-2025

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA [illegible]

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Bocana Arriba

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				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 ROJA	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	HASLY DAYANA CORTES MOSQUERA	1076338648	03/06/2025			x			500 g	250 g	300 g	250 g					MARIA YICENIA MOSQUERA MOSQUERA	1128084849	Maria M
2	ZION GENO BOLAÑOS QUIÑONES	1076338956	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					NILSA LORENA QUIÑONES GARCIA	1111739321	Nilsa Q
3	JHOAN JOSUE LEUDO LOZANO	1076338985	03/06/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					JONATHAN LEUDO ESPINOZA	1006342823	Jhonatan L
4	GENESIS ASPRILLA MOSQUERA	1076339074	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					JOHANA MOSQUERA URRUTIA	1133664722	Johana M
5	YAIDER STEBAN MOSQUERA MOSQUERA	1076339292	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					YADIRA MOSQUERA URRUTIA	1003851169	Yadira M
6	LEINY SAMANTA SANCHEZ CORDOBA	1076339305	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					SOMAIRA PATRICIA CORDOBA RIVAS	1128025285	Somaira C
7	ERIK JOSUE VELASQUEZ CORREA	1079103324	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					STIWAR SLY VELASQUEZ MOSQUERA	1076816805	Stiwar V

Observaciones:

Firma: [illegible]

Nombre legible de quien entrega: 35350016

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

PLAN/VA/PP	20250213
Versión 8	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Choco CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Tradicional

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Julen Borja Tapia

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 G MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 SOLBAS DE 380 G)	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	ANTHONY MARTINEZ CASTRO	1034931151	03/02/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DEIBY ALDAIR MARTINEZ MARTINEZ	1193251275	Deiby A. M
2	LUIS JOSE OSORIO NISPERA	1067978657	03/02/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					NEVIS OSORIO NISPERUZA	1007526116	Nevis OSO
3	DARIANNY ALEXANDRA MORENO MOSQUERA	1076338001	03/02/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DARLYN MOSQUERA MOSQUERA	1079101595	Darlin M
4	ZOE ZARETH RAMIREZ PALACIO	1076338228	03/02/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YULISA PALACIOS CORDOBA	1003931484	Yulisa
5	JUAN JOSE HURTADO BORJA	1076338651	03/02/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					GRACIELA BORJA MORENO	35697712	Graciela
6	HELLEN MARAIHA ARICAPA CARDENAS	1078640284	02/05/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ASTRID CAROLINA CARDENAS MENA	1003851389	Astrid C
7	MAXIMILIANO ORTIZ OSPINA	1114096529	03/02/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DANIELA ORTIZ OSPINA	1114094249	Daniela
8							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
9							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							
10							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							

Observaciones:

Firma: Julen Borja Tapia

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	F1.MO13.PP	29/03/2019
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

RACIÓN: Mensual____ Vacaciones o Receso X Otro__ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Fundacion Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Alejandra M

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Cubis meseta baja

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 27367000067562

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 ROJA	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	ALAN DAHEL VALENCIA QUINTO	1017283889	03/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	300 g	250 g					YULEINY PAOLA QUINTO IBARGUEN	1076329336	Deyus Mena P.
2	AVA ITZAMARA IBARGUEN IBARGUEN	1032036006	03/02/2025			X			500 g	250 g	250 g	250 g					DANIELA IBARGUEN IBARGUEN	1076333739	Daniela Ibargüen
3	THIAGO YAEL IBARGUEN TORRES	1076338812	03/02/2025			X			500 g	250 g	200 g	250 g					ZULEINY TORRES LOPEZ	1003851255	Zuleiny Torres Lopez
4	LINDA JOHAIDY QUINTO MANYOMA	1076339186	03/02/2025			X			500 g	250 g	150 g	250 g					EDERLYS JOHANA MANYOMA MOSQUERA	1076334631	Johana Manyoma M.
5	AXEL JONAS LARGACHA IBARGUEN	1079103248	03/02/2025			X			500 g	250 g	100 g	250 g					MARIA MAYERLY BENITEZ IBARGUEN	1076321999	Mayerly Ibargüen Benitez
6	JHANA JHOLEIDY RIVAS MOSQUERA	1079103278	03/02/2025			X			500 g	250 g	50 g	250 g					LEYDY YOHANA MOSQUERA CORDOBA	1079095147	Jaydi

Observaciones:

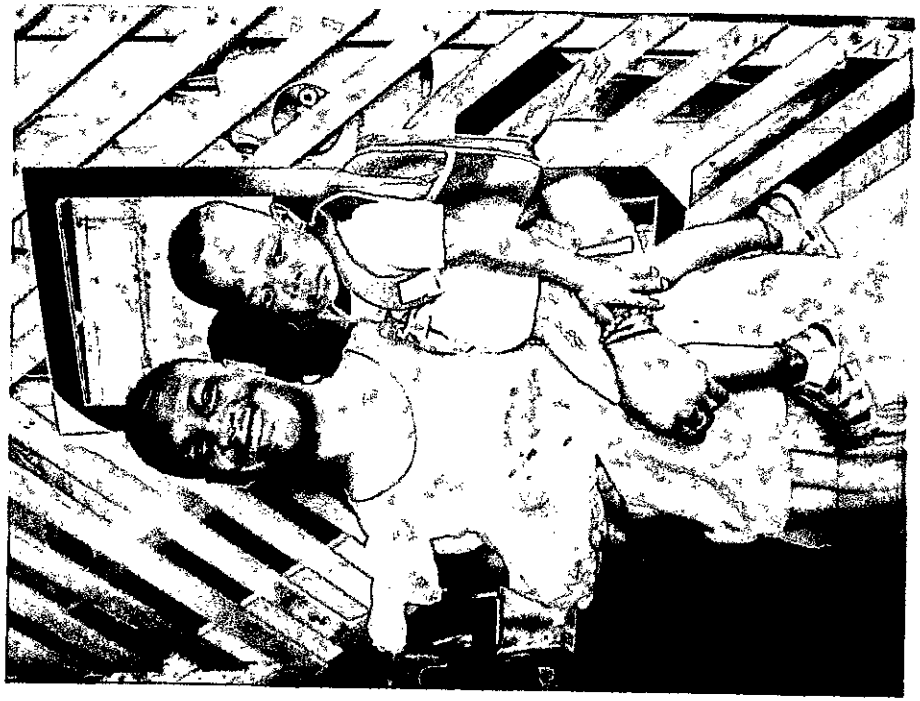
Firma: Alejandra M

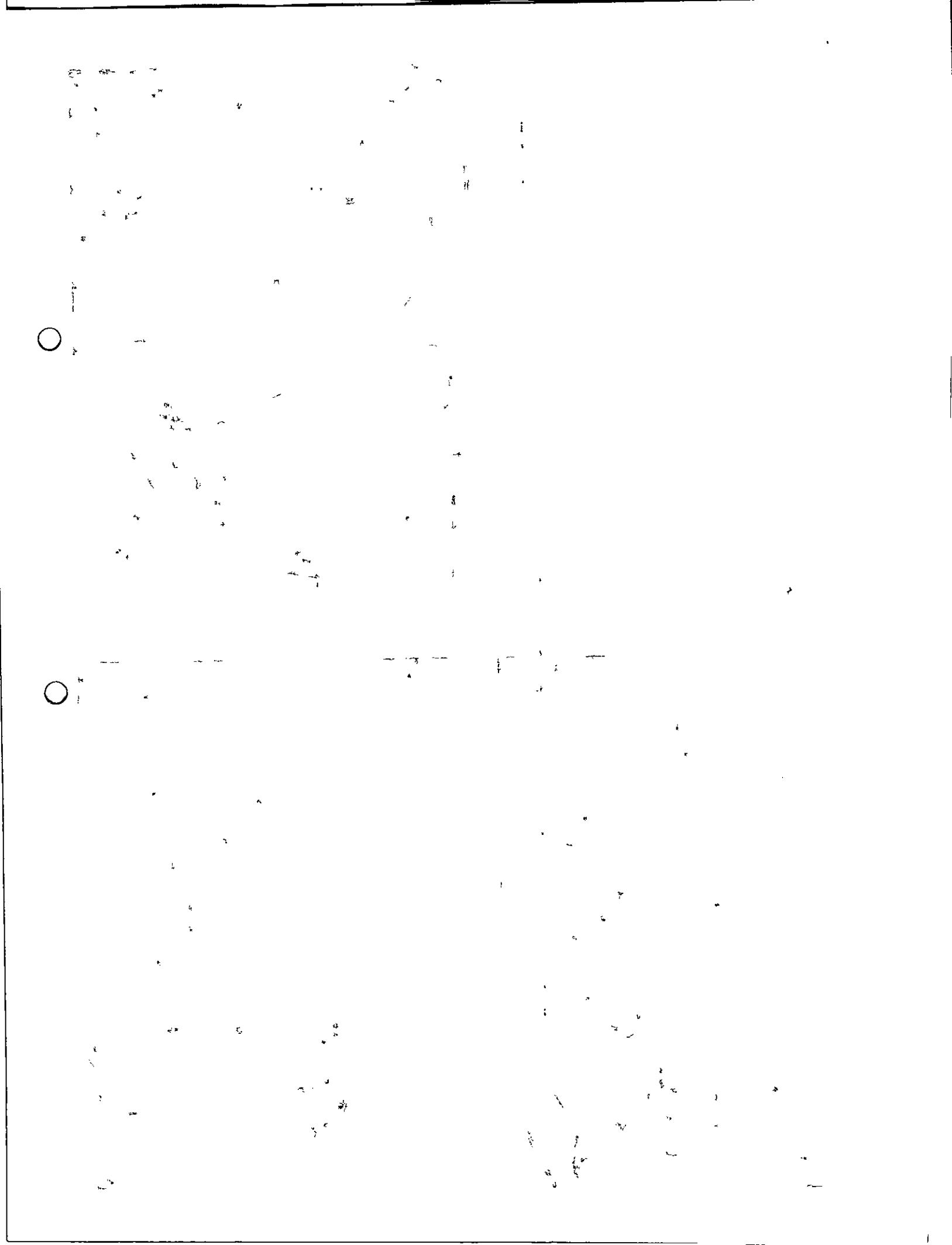
Nombre legible de quien entrega:

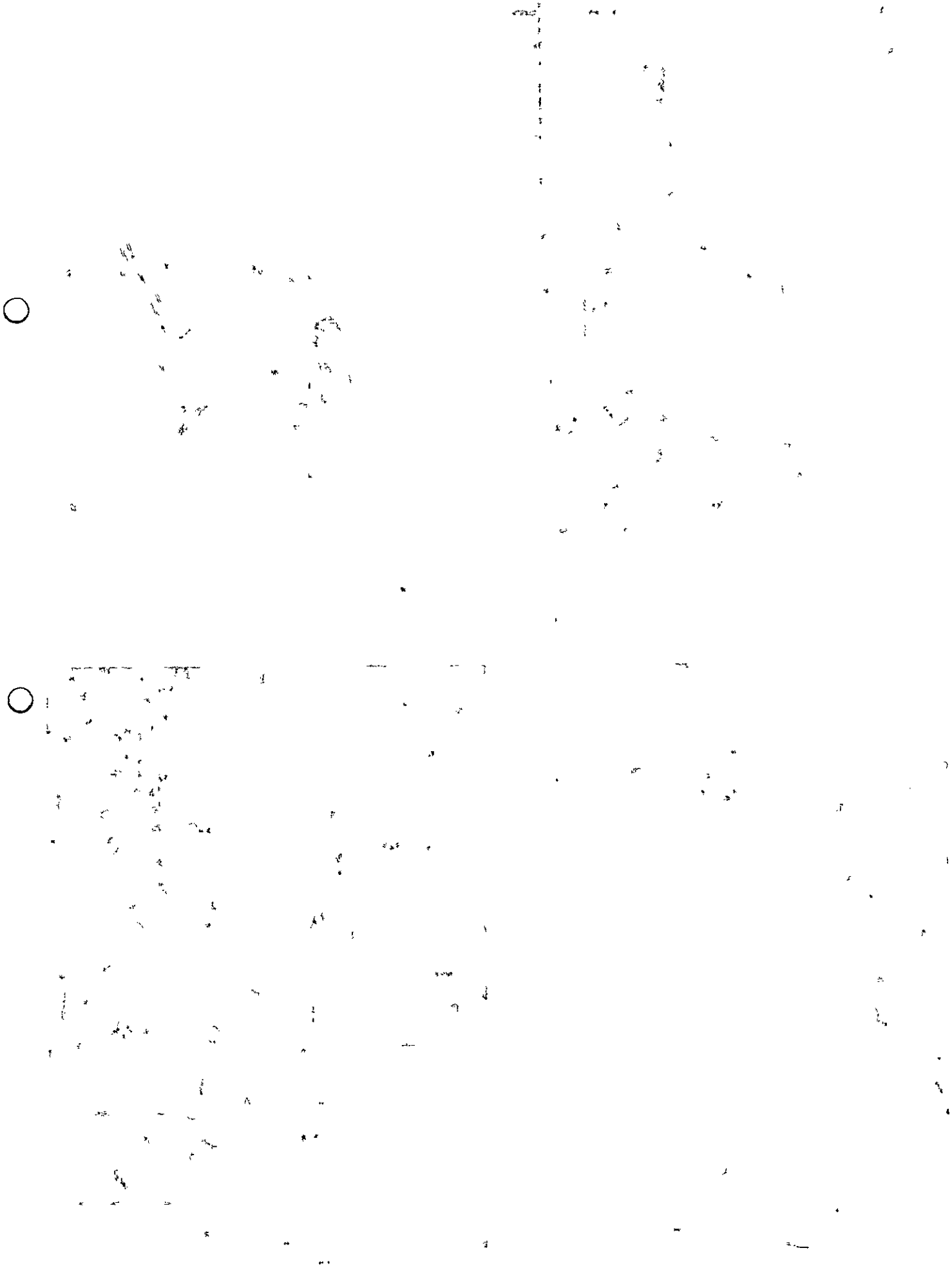
Antes de imprimir este documento ... piense en el medio ambiente!




COFOM
ESTADO







BIENESTAR FAMILIAR

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

F1AP013.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: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

RACIÓN: Mensual ___ Vacaciones o Receso X Otro ___ Especifique: ___

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: maria Enelsa NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Maria Enelsa

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 G MUJERES EN GESTACION - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (3 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 360 G)	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	YEAN ISAAC MICOLTA LOPEZ	1076338370	03/02/2025	3/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					SHELSING ANDREA MICOLTA LOPEZ	1007545092	Shelsin
2	LUCY LOPEZ MURILLO	1076338493	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA JUAQUINA MURILLO TORRES	1079095707	Juaqina
3	DANNA PEREA MURILLO	1076338733	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA TRINA MURILLO TORRES	1003850973	MARI Trina
4	SISLY JOHANA TORRES MICOLTA	1076338756	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MONICA MICOLTA PEREA	1079096414	monica
5	LIAN MATEO TORRES PEREA	1077489248	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LEIDY CAMILA TORRES PEREA	1079102975	LeD.
6	DANILA VELASQUEZ RIVAS	1078472933	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					TRINA VELASQUEZ RIVAS	1193343482	Trina
7	EDIN DAVID MURILLO TORRES	1079102901	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					INAFINA TORRES GARCES	1007545083	inaf.
8	MARLIN LOPEZ MICOLTA	1079103085	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					jose avelino lopez dominguez	9808994	Domiga
9	ERIK YAEL TORRES PEREA	1144112549	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					VANERLIN PEREA PEREA	1076324995	Vanelí
10							X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO							

Observaciones:

Firma: Mª Enelisa

Nombre legible de quien entrega:

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: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitarios

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Maria Eneliza NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Maria Eneliza

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Calle 700

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				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 ROJA	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	JOSE GAHEL MOSQUERA LOPEZ	1076338712	03/02/2025	19/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					FERMINA LOPEZ PEREA	31567754	Fermina
2	YANNETH JULIANA LUCUMI MICOLTA	1120394969	03/06/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					LIYI ROCIO MICOLTA LOPEZ	1133664535	Liyi
3						x			500 g	250 g	200 g	250 g							
4						x			500 g	250 g	150 g	250 g							
5						x			500 g	250 g	100 g	250 g							
6						x			500 g	250 g	50 g	250 g							
7						x			500 g	250 g	250 g	250 g							
8						x			500 g	250 g	250 g	250 g							
9						x			500 g	250 g	250 g	250 g							
10						x			500 g	250 g	250 g	250 g							

Observaciones:

Firma: Ma Eneliza

Nombre legible de quien entrega:

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI.M013.FP	28/03/2019
Versión 8	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso X Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA DEBORA VALDERRAMA Debora Valderrama

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Cubis/meseta alta

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				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 ROJA	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	ELSA DAVIANNETH RAMIREZ MENDOZA	1013382697	02/05/2025	10/06/2025		x			500 g	250 g	300 g	250 g					YURIDIA MENDOZA RODRIGUEZ	1076326841	Yuridia
2	CARLOS GAEL MENDOZA VALENCIA	1040891757	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					KELLI DULFARY VALENCIA ANDRADE	1076334319	Kelli
3	LUAM ANDRES PEREZ GARCIA	1074021494	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					ELIBETH PATRICIA GARCIA HERRERA	1007318288	Elibeth G.
4	KYLIAN ISAAC ORDOÑEZ LARGACHA	1079103283	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					KAREN DAIANA ORDOÑEZ LARGACHA	1003850945	Karen D.
5	GENESIS DAHIANA RIVAS PARRA	1079103299	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					HELEN DAYANNA PARRA SINISTERRA	1143953870	Helen D
6	ASHLEY DAYAN CUERO RAMIREZ	1097733712	02/05/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					TANIA RAMIREZ IBARGUEN	1193149861	Tania

Observaciones:

Firma: Debora Valderrama

Nombre legible de quien entrega:

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

Cualquier copia impresa de este documento es una COPIA NO CONTROLADA

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

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

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA _DEBORA _VALDERRAMA Debora Valderrama

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Tubis/meseta alta

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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (5 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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 BALVUENA CAÑATE	1038651902	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DANYI LESLIET CAÑATE MENESES	1038140213	Gustavo
2	HELEN CLAREISY CORDOBA RIVAS	1076337914	03/06/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA CLAUDIA RIVAS VELASQUEZ	1003888657	Claudina R.
3	HEINER SAMUEL MOSQUERA RIVAS	1076338445	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YARLE YORLEY RIVAS MORENO	1078986077	Yarle V.
4	HELEN VALERIA OREJUELA MERCADO	1076338501	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YULIANA MERCADO MONTES	1076331850	Yuliana M.
5	JOEILYN SAMARA MURILLO IBARGUEN	1079102913	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DIANA PARTICIA MOSQUERA GARCIA	29677299	Mirella
6	JESUS MANUEL MORENO MURILLO	1113704094	03/06/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LEIDY YAMILE MURILLO ARCO	E9B4CB578A7E439093 281702EBF35C2137643	Leidy

Observaciones:

Firma: Debora Valderrama

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	FI.MO13.PP	23/03/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Público	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: H C B

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Mª Juana Antonia G.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Boca de Luis

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				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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 300 G)	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	JAVINSON ESNEYDER MARTINEZ RAMIREZ	1078472641	03/02/2025	19/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					SINTIA IBETH RAMIREZ CORDOBA	1003888756	
2	EVELIN RUBI PALACIOS OBREGON	1079102943	03/03/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YOLIANY OBREGON RENTERIA	1077443215	
3	LINDA THALIANA TRUJILLO GONZALEZ	1089643289	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YENNY MILENA GONZALEZ GRAJALES	1112778352	
4	GIA ANTONELLA GARCIA ZAMORANO	1113871028	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DEYCIS ESTHER ZAMORANO MOSQUERA	43976386	

Observaciones:

Firma: Mª Juana Antonia

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.MO13.PP	23/03/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Choco CENTRO ZONAL: Litmina MUNICIPIO: Litmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitaria

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB.

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Nº Juana Antonia G.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Boca de Luis

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				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 ROJA	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	JADE DELGADO CUADRADO	1013381387	03/02/2025	19/06/2025		X			500 g	250 g	300 g	250 g					DEYCI CAROLINA DELGADO CUADRADO	1066573026	Deyci
2	DULCE MARIA MARTINEZ MURILLO	1078338898	03/02/2025			X			500 g	250 g	250 g	250 g					SINDY PATRICIA MARTINEZ MURILLO	1004052315	Sindy
3	YOJAN STIBEN GOMEZ GIRALDO	1077487699	03/03/2025			X			500 g	250 g	250 g	250 g					ASTRID MARYORI GIRALDO ALZATE	1041232945	Astrid
4	CAMILO MOROCO VALENCIA	1077487888	03/02/2025			X			500 g	250 g	250 g	250 g					MARILI VALENCIA MORROCO	1128727039	Marili
5	HANNY YISETH ROJAS IBARGUEN	1078474795	03/03/2025			X			500 g	250 g	250 g	250 g					ERIKA IBARGUEN MARTINEZ	1003780037	Erika

Observaciones:

Firma: Mº Juana Antonia

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.IM015.FP	28/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Tradicional

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Francia D.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: Bison Agustín

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

Nº CARDEX	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 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 ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	BIENESTARINA MAS 1	No LOTE Especifique el nombre del Alimento de alto valor Nutricional	Alimento de alto valor Nutricional, especifique Hombre y equidad	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	GIAN MANUEL AMUD MORENO	1076337800	01/04/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DORIAN ZHAIR AMUD MORENO	1076324064	
2	ESTHER JHOJARY IBARGUEN SERNA	1076338157	03/02/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ANGIE PAOLA SERNA	1023022721	
3	ELIANA MORROCO ROJAS	1076338301	03/02/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					NELCY MOSQUERA MOSQUERA	26339756	
4	JARED MOSQUERA MORENO	1077487057	03/02/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JUDITH MORENO MARTINEZ	1099546597	
5	WENDI YULIETH MOSQUERA MOSQUERA	1079102720	03/03/2025	19/06/25			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CRUZ YADIRA MOSQUERA	1077329925	

Observaciones:

Firma: Francia D.

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.MOS.FPP	29/09/2023
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Tradicional

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

RACIÓN: Mensual _____ Vacaciones o Receso X Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños activos NOMBRE DE LA UOS/UBA/UCA: Francia D.

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: B/San Agustín

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DDMMAAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DDMMAAAA)	GRUPO POBLACIONAL				CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP)				Alimento de alto valor Nutricional				NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN
					NIÑ 6-11 M	NIÑ 1-3 A y 11 M	NIÑ 3-4 A y 11 M	PERSONA G MUJERES EN GESTACIÓN - PERÍODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	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	LIAM MANUEL CORDOBA MOSQUERA	1028046743	03/03/2025	19/06/25	x				500 g	250 g	300 g	250 g					ELIANA MANUELA MOSQUERA HURTADO	1133864284	Eliana Hurtado
2	JASER ANDRES IBARGUEN ZAMBRANO	1078338988	03/02/2025	19/06/25	x				500 g	250 g	250 g	250 g					JUNIOR ANDRES IBARGUEN HURTADO	1010097842	Junior Hurtado
3	OSLEM STEIFY POSSO RIVAS	1078338998	03/02/2025	19/06/25	x				500 g	250 g	250 g	250 g					GLORIA ESTEFANY RIVAS MINOTA	1079094859	Gloria Minota
4	IAN ALEXANDER ESCOBAR CORTES	1078339003	01/04/2025	19/06/25	x				500 g	250 g	250 g	250 g					MONICA YULIETH CORTES CORTES	1078818099	Monica Cortes
5	ALLISON LISETH VALENCIA MOQUERA	1078339110	02/05/2025	19/06/25	x				500 g	250 g	250 g	250 g					MARLY YANUBY MOSQUERA MURILLO	1079094167	Allison Valencia
6	LAUREN JISSEL LARGACHA ASPRILLA	1078339484	03/06/2025	19/06/25	x				500 g	250 g	250 g	250 g					YENNY SOFIA ASPRILLA TORRES	1079093073	Yenny Sofia Asprilla
7	JARLIN PAOLA IBARGUEN SERNA	1078103423	03/02/2025	19/06/25	x				500 g	250 g	250 g	250 g					ANGIE PAOLA SERNA	1023022721	Angie P. Serna
8	WILDER SAEL COPETE LOPEZ	1078103443	03/02/2025	19/06/25	x				500 g	250 g	250 g	250 g					HELEN TATIANA LOPEZ ASPRILLA	1107071307	Helen Asprilla

Observaciones:

Firma: Francia D.

Nombre legible de quien entrega:

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






BABY GIRL
99



BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	PI.IN015.FP	29/05/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Choco CENTRO ZONAL: 1ot MUNICIPIO: 1ot

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Comunitario

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: junio

NOMBRE DE LA EAS: Maria Antonia NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Maria Antonia

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

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

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Nº IDENTIFICACION	FECHA DE 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 ROJA	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	MARLEN SARIETH MURILLO CORDOBA	1078338551	03/02/2025			x			500 g	250 g	300 g	250 g					MERLIN YOANA CORDOBA MOSQUERA	1010099709	Merlin
2	KATERIN YISETH LONDOÑO CORDOBA	1078339158	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					DIANA MURILLO	35697105	Diana
3	YEILER EMMANUEL MOSQUERA MOSQUER	1078339165	03/02/2025			x			500 g	250 g	200 g	250 g					HERMINIA MOSQUERA MURILLO	1076329947	Herminia
4	KYLIAN LERMA CACERES	1078339337	03/02/2025			x			500 g	250 g	150 g	250 g					SANDRA PATRICIA CACERES DELGADO	1004052786	Sandra
5	LICETH DARIANNY RIVAS ASPRILLA	1078104109	03/02/2025			x			500 g	250 g	100 g	250 g					JOSE ESNEYDER RIVAS ASPRILLA	1077456068	Jose
6	LICETH NAYIRA RIVAS ASPRILLA	1078104110	03/02/2025			x			500 g	250 g	50 g	250 g					JOSE ESNEYDER RIVAS ASPRILLA	1077456068	Jose

Observaciones:

Firma: Maria Antonia

Nombre legible de quien entrega:

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

Copia [illegible] 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

PLM01LPF	29632919
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Chocó CENTRO ZONAL: 1ST MUNICIPIO: 1ST

NOMBRE DE LA MODALIDAD: COMUNITARIO

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Maria Antonia NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Maria Anton

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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
					MN 6-11 M	MN 1-2 A y 11 M	MN 3-4 A y 11 M	PERSONA G MUJERES EN GESTACIÓN - PERIODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	JHOSTIN YOHEL OREJUELA	1076338093	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA MURILLO MURILLO	1004047027	Maria
2	MILLAN HURTADO RIVAS	1076338172	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CRUZ EMILIA RIVAS MURILLO	1076327912	Cruz
3	YOSHIMAR GONZALES HURTADO	1076338390	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					ROSA BELLA HURTADO VALENCIA	1076324242	Rosa
4	KELLY DAYANA CUESTA HURTADO	1076338407	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					DIANA PATRICIA HURTADO SANCHEZ	1010112615	Diana
5	JHAYLIN LISETH GUERRA RIVAS	1079102775	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					JUAN CARLOS GUERRA GUERRERO	1076386324	Luisa
6	JHAN FERNANDO GUERRA RIVAS	1079102776	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					LUISA FERNANDA MORENO RIVAS	10040529	Luisa
7	YEILYN HURTADO VALENCIA	1168213000	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA YORLENYS HURTADO VALENCIA	1076314443	María

Observaciones:

Firma: Maria Antonia

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

F1.MO13.PP	13/05/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: Istmina CENTRO ZONAL: Istmina MUNICIPIO: Istmina

NOMBRE DE LA MODALIDAD: Tradicional

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: _____

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activo NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Marlon Zaray P M

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: calle 700

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				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
					MN 6-11 M	MN 1-2 A y 11 M	MN 3-4 A y 11 M	PERSONA O MUJERES EN GESTACIÓN - PERÍODO DE LACTANCIA	ARROZ BLANCO	CEBOLLA ROJA	HUEVO DE GALLINA AA (6 UNIDADES)	LENTEJA	LECHE DE VACA EN POLVO (1 BOLSAS DE 380 G)	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	YAROL ANDRES VALOYES CAICEDO	1025678213	03/02/2025	10/06/2025			X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YESICA VALOYES BONILLA	1077200430	Yaleisy V.
2	KELSY ARIANNY RIVAS VALENCIA	1076337963	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARLIN HURTADO CANTERO	1010103638	Marlin Rive
3	KAROLIN DAHIARA MOSQUERA LEDEZMA	1076338073	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					YULI KATERINE LEDEZMA IBARGUEN	1007545023	Katerine
4	KARLA SARAY MOSQUERA RIVAS	1076338368	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA LUISA MOSQUERA RIVAS	1077198787	Marialuisa
5	ALAN GAEL PEREA MURILLO	1076338490	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					NINI JOHANA MURILLO LARGACHA	1079092249	NINI M L
6	LIAM SEBASTIAN VALENCIA LOPEZ	1076338548	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CAROL LISETH LOPEZ IBARGUEN	1148191502	Carol Lbar
7	ALEX DANIEL HURTADO RODRIGUEZ	1076353316	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					KETTY YOHANA HURTADO MOSQUERA	1076331595	Kelly
8	LIAM GAEL MOREMO VALOIS	1079102999	03/02/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					MARIA MONICA VALOIS MURILLO	1010090066	Maria
9	LYANNA SOFIA RIVAS MURILLO	1079103012	03/06/2025				X		500 g	250 g	300 g	250 g	1 LITRO					CLEIDA YERALDIN RIVAS MURILLO	1008218318	Cleida

Observaciones:

Firma: Marlen Zaray P

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	PI.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: Tradicional

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB

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

MES DE ENTREGA: Junio

NOMBRE DE LA EAS: Sueños Activos NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA Marlenis Zaray Perea M

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 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				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 ROJA	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	JUAN JOSE RIVAS HURTADO	1076338612	03/02/2025	9/06/25		x			500 g	250 g	300 g	250 g			-		Marlen Rua	1010103638	Marlo Rua
2	AINARA MOSQUERA ASPRILLA	1076339269	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					Kelly Asprilla	1000169494	Kelly A.
3	GREGORIO JOSUE RONDON RONDON	21F9B6B7B3D94AEC9E2EB58CE8BEAEA218177	03/02/2025			x			500 g	250 g	250 g	250 g					Rosely	21F9136137	Rosely

Observaciones:

Firma: Marlenis Zaray

Nombre legible de quien entrega:

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