REGIONAL:	SAN ANDRES	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA MES DE CONSUMO:	
CENTRO ZONAL:	LOS ALMENDROS	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA:	
MUNICIPIO:	SAN ANDRES	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREG SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA :	
MODALIDAD:	INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: BARRIO:	TELÉFONO:

VALOR INFORMATIVO DEL AAVN	Mes: Bienestarina Màs®		Mes: Bienestarina® Líquida		Mes: Otro AAVN

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Màs®		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
1	X		CDF La Esmeralda	Nicolle Sanchez	CC	1006868788	7/07/25		15			Andrea		40988924	
2	X		CDF La Esmeralda	Nicolle Sanchez	CC	1006868788	7/07/25		20			Orlenis Bartilla		40988 969	
3	X		CDF La Esmeralda	Nicolle Sanchez	CC	1006868788	7/07/25		23			Yolet P.A.	CC	40994109	Yolet P.A
4	X		CDF La Esmeralda	Nicolle Sanchez	CC	1006868788	7/07/25		23			•Maria Jose	CC	1123637771	
5	X		CDI La Esmeralda	Nicolle Sanchez	CC	1006868788	7/07/25		20			Elizabeth	CC	30865587	Elizabeth.
6	X		CDI La Esmeralda	Nicolle Sanchez	CC	1006868788	7/07/25		20			Candy Manuel	CC	1123629 900	Candy Manuel
7	X		CDF La Esmeralda	Nicolle Sanchez	CC	1006868788	7/07/25		18			•Mate M.	CC	40992782.	
8	X		CDF La Esmeralda	Nicolle Sanchez	CC	1006868788	7/07/25		19			Jhon Jaiver	CC	4XX405	Jhon

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: _____

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: _____

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

e considera como COPIA NO CONTROLADA. LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONA

REGIONAL:	SAN ANDRES	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA		MES DE CONSUMO:	
CENTRO ZONAL:	LOS ALMENDROS	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA:			
MUNICIPIO:	SAN ANDRES	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA:		SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA :	
MODALIDAD:	INSTITUCIONAL	DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA:		BARRIO:	TELÉFONO:
VALOR INFORMATIVO DEL AAVN	Mes: Bienestarina Màs®	Mes: Bienestarina® Liquida		Mes: Alimento MG y ML	Mes: Otro AAVN

Nº	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Màs®		Bienestarina® Liquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
1	X		CDI Little dolphins	Nicole Sanchez	CC	1006866766	03/07/25		74							Tishany Brant	CC	1123630 U3	Tishany
2	X		CDI Little dolphins	Nicole Sanchez	CC	1006866766	03/07/25		23							Iwis	CC	40792 849	Iwis
3	X		CDI Little dolphins	Nicole Sanchez	CC	1006866766	03/07/25		20							Laura	CC	1123626 480	Laura
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

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

e considera como COPIA NO CONTROLADA. LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSO