NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA _____ **FUNDACION ALMA DE VIDA** **CODIGO DEL PUNTO** _____

NOMBRE RESPONSABLE DEL PUNTO _____ **DIANA CAROLINA AGUIRRE** **NOMBRE RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORMATO** _____ **DIANA CAROLINA AGUIRRE**

REGIONAL _____ **PUTUMAYO** **CENTRO ZONAL** _____ **LA HORMIGA** **MUNICIPIO** _____ **SAN MIGUEL**

DESCRIPCION DEL AAVN

Bienestarina Más® Tradicional _ **X**
Bienestarina Más® Fresa
Bienestarina Más® Vainilla
Bienestarina® Líquida Vainilla _____
Bienestarina® Líquida AAQ

DATOS INFORMATIVOS (Para la Nueva reserva registre el dato que aparece en el acta de entrega)

Mes entrega	Nueva reserva	Mes entrega	Nueva reserva	Mes entrega	Nueva reserva
Septiembre					

Fecha de entrada o salida			Número de Acta	Número de Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADAS						SALIDAS										EXISTENCIA LOTE (Bolsas por 900 gramos o unidades de 200 ml)	EXISTENCIA TOTAL (Bolsas por 900 gramos o unidades de 200 ml)
								Unidades (Bolsas por 900 gramos o unidades de 200 ml)	Origen					Unidades (Bolsas por 900 gramos o unidades de 200 ml)	Destino/Motivo											
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año		Programación	Reposición	Traslado	Cambio contrato / Devolución UDS			UDS	Beneficiarios	Traslado	Vencimiento	Averia	Laboratorios	Entrega especial	Pérdida		
01	09	2025		2153223	26	11	25	275						275	x								0	0
01	09	2025		2166393	18	11	25	25						25	x								9	9

Firma del responsable ____Johana Soto

Cédula del responsable _ 1088654044