	FT-MEN-LAP	Diciembre
	Versión 2	Página 1 de 1
	Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Recreo_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA : LEIDY K

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 15A-24 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54885180012

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Validar: (DIFERENCIA ENTRE EL INTERVALO, MITAD, OLD, BIEN)	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RAP (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL: Gestantes y lactantes	6 meses a 11 meses	1 años a 2 años 11 meses	3 años a 5 años 11 meses	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): Arroz Arizca x 3500 gr	Arroz crema x 1000 gr	Arroz crema x 500 gr	Pastasilo mostaza x 1000 gr	Pastas la mostaza x 500 gr	Hojuelas de Trigo Robinson x 500 gr	Harina de maiz empacada x 1000 gr	Harina de maiz empacada x 500 gr	Avena en hojuelas Extrasabrosa x 1000 gr	Platano x 600 gr	Papa x 500 gr	Granola x 500 gr	Mandarina x 500 gr	Tomate x 350 gr	Tomate x 250 gr	cebolla cabezona x 250 gr	zanahoria x 200 gr	zanahoria x 250 gr	Leche de vaca entera en polvo Proteica x 900 gr	Leche de vaca entera liquida pasteurizada o ultrapasteurizada o liquida pasteurizada o crema consistencia liquida, descremada, x 250	Huevo de gallina 30 und 42gr/ kaka unid	Huevo de gallina 1 cubeta x 15 und DE 60 GRS	Arveja seca x 1000	Lentejas Azuca x 1000 gr	Lentejas Azucas x 500 gr	Frijol Azuca x500	Frijol Azuca x 1000 gr	Pasola La Azuca x 500 gr	Pasola La Azuca x 250 gr	Aceite Soleoya x 1000 ml	Aceite Soleoya x 500 ml	Alimento de alto valor Nutricional: Biomasterina Max	No LOTE:	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																																							
1	CARMEN ALICIA MALDONADO JAIMES	1094274503	N/A	28/08/2025	x	-	-	-	3000	-	-	1400	-	500	1000	-	1000	500	500	500	950	350	-	200	300	-	900	6 litros	-	250	1000	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Alicia maldonado	1094274503	Alicia maldonado
2	YICEL ANDREA CHAVEZ CONTRERAS	1093854124	N/A	28/08/2025	x	-	-	-	3000	-	-	1400	-	500	1000	-	1000	500	500	500	950	350	-	200	300	-	900	6 litros	-	250	1000	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Yicel chavez	1093854124	Yicel A Chavez
3	EITHAN DARIEL GAMBOA RAMON	1094292027	N/A	28/08/2025	x	-	-	-	3000	-	-	1500	-	500	1000	-	1000	500	500	500	950	350	-	200	300	-	900	6 litros	-	250	1000	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Jessica Garcia	1094292027	Jessica G.
4	ASHLEY ANTONELLA GARCIA PINILLOS	1094292012	N/A	28/08/2025	x	-	-	-	3000	-	-	1400	-	500	1000	-	1000	500	500	500	950	350	-	200	300	-	900	6 litros	-	250	1000	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Dexcy Hellyrolb	1094292012	Dexcy Garcia
5	LAHIAM SANTIAGO GOMEZ CONTRERAS	1094291959	N/A	28/08/2025	x	-	-	-	3000	-	-	1000	-	500	1000	-	1000	500	500	500	950	350	-	200	300	-	900	6 litros	-	250	1000	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Maria Helena Cont	1005082120	Helena Contreras
6	HELLEN VALENTINA CAPACHO CRUZ	1094291862	N/A	28/08/2025	-	x	-	-	-	-	500	-	500	-	-	500	-	-	500	-	950	-	750	-	-	250	-	-	-	-	-	700	-	-	500	-	-	-	-	950			Diana cruz	1007952557	Diana cruz
7	BRYAN GAEL MORENO MEDINA	1094291886	N/A	28/08/2025	-	x	-	-	-	-	500	-	500	-	-	500	-	-	500	-	950	-	750	-	-	250	-	-	-	-	-	700	-	-	500	-	-	-	-	950			Maria jose M	1005012110	Maria M.
8	ALANNA NAYARITH PEÑA ROJAS	1093437471	N/A	28/08/2025	-	x	-	-	-	-	500	-	500	-	-	500	-	-	500	-	950	-	750	-	-	250	-	-	-	-	-	700	-	-	500	-	-	-	-	950			Angely Rojas	1093452478	Angely Rojas
9	MATIAS SUAREZ ALBARRACIN	1256918658	N/A	28/08/2025	-	x	-	-	-	-	500	-	500	-	-	500	-	-	500	-	950	-	750	-	-	250	-	-	-	-	-	700	-	-	500	-	-	-	-	950			Franchelina A	1094265169	Franchelina A.
10	ALDRICK GAEL MARTINEZ MENESES	1093437456	N/A	28/08/2025	-	x	-	-	-	-	500	-	500	-	-	500	-	-	500	-	950	-	750	-	-	250	-	-	-	-	-	700	-	-	500	-	-	-	-	950			Andres Fernandez	1094282330	Andres Fernandez
11	ISSABELLA VICTORIA RODRIGUEZ URIBE	1094291812	N/A	28/08/2025	-	x	-	-	-	-	500	-	500	-	-	500	-	-	500	-	950	-	750	-	-	250	-	-	-	-	-	700	-	-	500	-	-	-	-	950			Jenifer Uribe	1094288582	Jenifer Uribe
12	DYLAN DANIEL SANCHEZ DELGADO	1093437359	N/A	28/08/2025	-	-	x	-	-	1000	-	-	500	-	-	500	-	500	-	-	500	-	750	-	-	250	-	-	-	2 litros	750	1000	-	-	-	500	500	-	250	-	950			Bdg: Yohana	1005078538	Bdg: Yohana
13	DANAYS ARIANNA CRUZ VILLAMIZAR	1094291417	N/A	28/08/2025	-	-	x	-	-	1000	-	-	500	-	-	500	-	500	-	-	500	-	750	-	-	250	-	-	-	2 litros	750	1000	-	-	-	500	500	-	250	-	950			Martha v/z	1005062430	Martha v/z
14	LITZY MONSERRATH CAÑAS ROZO	1093437220	N/A	28/08/2025	-	-	x	-	-	1000	-	-	500	-	-	500	-	500	-	-	500	-	750	-	-	250	-	-	-	2 litros	750	1000	-	-	-	500	500	-	250	-	950			Mary Rozo	1005060278	Mary Rozo
15	AINARA SOPHIA LEAL ROZO	1161713245	N/A	28/08/2025	-	-	x	-	-	1000	-	-	500	-	-	500	-	500	-	-	500	-	750	-	-	250	-	-	-	2 litros	750	1000	-	-	-	500	500	-	250	-	950			Yesenia Rozo	1005062076	Yesenia Rozo

Observaciones:

Firma: Sorlun cargas

Nombre legible de quien entrega: Sorlun dohana cargas

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

BIENESTAR FAMILIAR

FUNCIONAL	
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA / TRIGUEÑITAS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 15A-24 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54055180012

| N° ítem | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Política, DIRECTRICES PARA LA ATENCIÓN, ASEGURAR UN SI, SIPI) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | |

BIENESTAR FAMILIAR

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual __X__ Vacacional o Receso_____Otro __Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/SUBA /UCA : TRAVESURAS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 18A-34 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 8405810010

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR (DD/MM/AAAA) Ejemplo: 30/MARZO/2020 ó 30/MAR/2020 | FECHA DE ENTREGA RACIÓN DE LA SEMANA (DD/MM/AAAA) | GRUPO POR EDADES | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | |

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual ___X__ Vacaciones o Recaso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 19 15A-24 SAN PEDRO

NOMBRE DE LA USUARIA /UCA / PIFUPOS

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54051100012

| N° CASO | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA UNF (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL: Gestantes y lactantes | 6 meses a 11 meses | 1 año a 2 años 11 meses | 3 años a 5 años 11 meses | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | |

BIENESTAR FAMILIAR			
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Receso _____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA : PICARDIAS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 15A-24 SAN PEDRO

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 5405810001

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO DD/MM/AAAA (Unidad, recordemos que la atención inicia en la UDS) | FECHA DE ENTREGA (MENSUAL DE LA RACIÓN) DD/MM/AAAA | GRUPO POBLACIONAL: Gestantes y lactantes | 6 meses a 11 meses | 1 año a 2 años 11 meses | 3 años a 5 años 11 meses | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | |

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual ___X__ Vacaciones o Recreo_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/UBA AICA : MUNDO FELIZ

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 16 16A-24 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 5400E16B012

#	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	N°IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Nota: ADICIONAR ESTE DATO AL INFORME MENSUAL DE LA EAS	FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA EAS (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL: Gestantes y lactantes	6 meses a 11 meses	1 años a 2 años 11 meses	3 años a 5 años 11 meses	CONFORMACIÓN RACION PARA PREPARAR (RP): Arroz Arbona x 2500 gr	Arroz arbona x 1000 gr	Arroz arbona x 500 gr	Pastaelo mulleta x 1000 gr	Pastas la muñeca x 500 gr	Harina de Trigo Robusta x 500 gr	Harina de maiz empasan x 1000 gr	Harina de maiz empasan x 500 gr	Arveja en bajuelas Extrasenhina x 1000 gr	Platano x 500 gr	Papa x 500 gr	Guayaba x 500 gr	Mandarina x 500 gr	Tomate x 24o gr	Tomate x 250 gr	Cebolla cabezona x 300 gr	Zanahoria x 300 gr	remolacha x 250 gr	Leche de vaca entera en polvo Proleche x 500 gr	Leche de vaca entera en polvo Proleche x 900 gr	Bebida pasteurizada o ultrapasteurizada o leche pasteurizada o leche ultrapasteurizada o crema comestible para cocinar x 200	Huevo de gallina 30 und 45gr/unds min	Huevo de gallina 1 cubeta x 15 und DE 60 GRS	Arveja arbona x 1000	Lentejas Arbona x 1000 gr	Lentejas Arbona x 500 gr	Frijol Arbona x500	Frijol Arbona x 1000 gr	Panela La Arbona x 500 gr	Panela La Arbona x 250 gr	Aceite Soleroya x 1000 ml	Aceite Soleroya x 500 ml	Alimento de alto valor Nutricional: Biomezclina Max	No LOTE:	NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO	N° IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
	Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																																												
1	CLAUDIA SUSANA RODRIGUEZ CARDENAS	1116547856	N/A	28/08/2025	X	-	-	-	2500	-	-	2500	-	500	1000	-	1000	500	500	500	500	500	-	500	500	-	900	6 Unds	-	500	2000	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Laura Rojas C	1094910770	
2	KAREN YIMAR MENESES GARCIA	1094240040	N/A	28/08/2025	X	-	-	-	2500	-	-	2000	-	500	1000	-	1000	500	500	500	500	500	-	500	500	-	900	6 Unds	-	500	1800	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Kdeanid Gar	28068900	Kdeanid
3	YAMORY HASBLEIDY MARTINEZ CELIS	1094268529	N/A	28/08/2025	X	-	-	-	2500	-	-	2000	-	500	1000	-	1000	500	500	500	500	500	-	500	500	-	900	6 Unds	-	500	1800	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Yamory MC	1094268529	Yamory MC.
4	LEIDY MATILDE PORTILLA MANTILLA	1094272059	N/A	28/08/2025	X	-	-	-	2500	-	-	2000	-	500	1000	-	1000	500	500	500	500	500	-	500	500	-	900	6 Unds	-	500	1800	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Leidy M Portilla	1094272059	
5	ASTRID GISELA VELANDIA SANTAFE	1094284881	N/A	28/08/2025	X	-	-	-	2500	-	-	2000	-	500	1000	-	1000	500	500	500	500	500	-	500	500	-	900	6 Unds	-	500	1800	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Astrid Velandia	1094284881	Astrid V
6	SARA ALEJANDRA BECERRA OSORIO	1097902549	N/A	28/08/2025	X	-	-	-	2500	-	-	2000	-	500	1000	-	1000	500	500	500	500	500	-	500	500	-	900	6 Unds	-	500	1800	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Sara Becerra	1097902549	Sara B
7	NANCY CAROLINA FERNANDEZ MONTES	1094284001	N/A	28/08/2025	X	-	-	-	2500	-	-	2000	-	500	1000	-	1000	500	500	500	500	500	-	500	500	-	900	6 Unds	-	500	1800	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Nancy Montes	1094284001	Nancy Montes
8	EMMA SOFIA MEDINA VILLAMIZAR	1094282011	N/A	28/08/2025	X	-	-	-	2500	-	-	2000	-	500	1000	-	1000	500	500	500	500	500	-	500	500	-	900	6 Unds	-	500	1800	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Stefani V	1094243548	
9	LICYER FABIAN PARADA ZARAZA	1094291966	N/A	28/08/2025	X	-	-	-	2500	-	-	2000	-	500	1000	-	1000	500	500	500	500	500	-	500	500	-	900	6 Unds	-	500	1800	-	1000	1000	-	-	1000	500	-	1000	-			Esther Cobo	60255572	Esther Cobo
10	AYLIN KAMILA FLOREZ DUQUE	1255916798	N/A	28/08/2025	-	X	-	-	-	500	-	500	-	-	500	-	-	500	-	500	-	250	-	-	250	-	-	-	-	-	-	-	900	-	-	500	-	-	-	-	-	500		Deisy Rodiguez	1094283947	Deisy rodiguez
11	DARLING ADHARA MONCADA GELVEZ	1094291874	N/A	28/08/2025	-	X	-	-	-	500	-	500	-	-	500	-	-	500	-	500	-	250	-	-	250	-	-	-	-	-	-	-	900	-	-	500	-	-	-	-	-	500		Sandra Gelvez	1094271695	sandra G
12	THIAGO ALEJANDRO JAIMES RODRIGUEZ	1094291737	N/A	28/08/2025	-	X	-	-	-	500	-	500	-	-	500	-	-	500	-	500	-	250	-	-	250	-	-	-	-	-	-	-	900	-	-	500	-	-	-	-	-	500		Sandra Jaimes	1094276877	Sandra J. R
13	DILAN ARLEY GUTIERREZ VARGAS	1094291711	N/A	28/08/2025	-	X	-	-	-	500	-	500	-	-	500	-	-	500	-	500	-	250	-	-	250	-	-	-	-	-	-	-	900	-	-	500	-	-	-	-	-	500		Natalia Vargas	1005065937	Natalia V.
14	AXELL MATHIAS GARCIA TRIGOS	1012483117	N/A	28/08/2025	-	X	-	-	-	500	-	500	-	-	500	-	-	500	-	500	-	250	-	-	250	-	-	-	-	-	-	-	900	-	-	500	-	-	-	-	-	500		Lisfeth Trigos	1094728804	Lisfeth Trigos
15	ADAM NOAH DIAZ LOPEZ	1094291349	N/A	28/08/2025	-	-	X	-	-	1000	-	-	500	-	-	500	-	500	-	-	500	250	-	-	250	-	-	1 Unds	150	3835	-	-	-	500	500	-	-	250	-	500		Maily D Lopez	1005040729	Maily D. Lopez

Observaciones:

Carmen Cecilia Vera C

Nombre legible de quien entrega

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

BIENESTAR FAMILIAR

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual ___X__ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: JULIO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA : MELANY

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 19 15A-24 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 540561000012

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Diligenciar para la actividad inicial de la EAS | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA EAS (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL: Gestantes y lactantes | 6 meses a 11 meses | 1 año a 2 años 11 meses | 3 años a 5 años 11 meses | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP): Arroz Azúcar x 2000 gr | Arroz azúcar x 1500 gr | Arroz azúcar x 500 gr | Pastasin moñeca x 1000 gr | Pastas la moñeca x 500 gr | Harina de Trigo Robinson x 500 gr | Harina de maíz arepasan x 1000 gr | Harina de maíz arepasan x 500 gr | Arveja sin hojuelas Extrasuelitos x 1000 gr | Plátano x 800 gr | Papa x 500 gr | Durazno x 500 gr | Mandarina x 500 gr | Tomate x 350 gr | Tomate x 250 gr | cebolla cabezona x 350 gr | zanahoria x 350 gr | zanahoria x 250 gr | Leche de vaca entera en polvo Pasteurizada x 800 gr | Bebida pasteurizada o LECHE DE VACA ENTERA | Bebida pasteurizada o LECHE DE VACA ENTERA | Mezcla, mezcla de cereales-pasta Mezcla, mezcla de cereales-pasta mezcla, mezcla de cereales-pasta Mezcla, mezcla de cereales-pasta mezcla, mezcla de cereales-pasta mezcla, mezcla de cereales-pasta

BIENESTAR FAMILIAR		F-LIBP-FT-FF	[illegible]
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual __X__ Vacacionesa o Receso_____ Cino ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA : LAZOS DE AMOR

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 16 15A-24 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54006150912

| N°/ITEM | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N°IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RVV (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL: Gestantes y lactantes | 6 meses a 11 meses | 1 año a 2 años 11 meses | 3 años a 5 años 11 meses | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RVP) | | |

BIENESTAR FAMILIAR

FAMI-CUAP	[illegible]
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Recesa _____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA : JULIANCITO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 19 15A-24 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 5405518901 2

| # | NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Hasta Diligenciarlo para los primeros entregas de la EDS | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA EDS (DD/MM/AAAA) | CICLO POBLACIONAL: Gestantes y lactantes | 6 meses a 11 meses | 1 año a 2 años 11 meses | 3 años a 5 años 11 meses | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (NP) | | |

BIENESTAR FAMILIAR

FUR01LPF	00000000
Versión: 2	Página: 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual ___X__ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/AUSA /UCA : EL SEMBRADOR

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 18A-24 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 5695184012

| # FICHA | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (SI NO CONOCE EL DÍA O EL MES, REGISTRE 30 O 1, SEGÚN SEA EL CASO) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RACIÓN (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL: Gestantes y lactantes | 6 meses a 11 meses | 1 año a 2 años 11 meses | 3 años a 5 años 11 meses | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) — Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | |

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual ___X___ Vacaciones o Recreo _____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/URA /UCA : LAZOS FAMILIARES

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 16 15A-24 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54003189012

| Nº TURNO | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Nuevo, reingreso, sede, ausencias, retiros (D.A. CDI) | FECHA DE ENTREGA RACIÓN, DE LA SEM (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL: Gestantes y lactantes | 6 meses a 11 meses | 1 años a 2 años 11 meses | 3 años a 5 años 11 meses | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | |

BIENESTAR FAMILIAR

CÓDIGO	
Versión 2	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual ___X__ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2025

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/UBA /UCA : ILUSIONES

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 18 15A-24 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54051900012

| N° ITEM | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Unidad, modalidad, para la atención, servicio de la UDS | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPI (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL: Gestantes y lactantes | 6 meses a 11 meses | 1 año a 2 años 11 meses | 3 años a 5 años 11 meses | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | |

BIENESTAR FAMILIAR			
		Formato 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: NORTE DE SANTANDER CENTRO ZONAL: PAMPLONA MUNICIPIO: PAMPLONA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual __X__ Vacacionales o Recreo_____Otro __Especifique: _____

MES DE ENTREGA: AGOSTO 2026

NOMBRE DE LA EAS: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDS/UBA/CA: 7 ENANITOS

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 15A-24 SAN PEDRO

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54518100013

| # | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | # DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO DEL USUARIO BENEFICIARIO (DD/MM/AAAA) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RAP (DD/MM/AAAA) | CONDICIONES | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | |