BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI.MO13.PP	20260019
Versión 3	Página 1 de 1

Clasificación de la Información
Publica

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: MARZO 2025

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

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° usuario | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD-MM-AAAA) Diligenciar únicamente cuando primera entrega de la UDS | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA UDS* (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) | | |

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI_MO13_PP	3/25/2019
		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 MERCADO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Bienestar ___X___ Vistaseliones o Reposo _____ Otra ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2026

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

DIRECCION DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 15A-04 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54680100012

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENGANTE | N° DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DEL ENGANTE (DD/MM/AAAA)
Verifica nacionalidad para la entrega y asignación de la UCA | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RACIÓN (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | |

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FI.MO15.PP	20300078
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 9	Página 1 de 1
	FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	Clasificación de la Información Pública	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENMESIN

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HCB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual ___X___ Vacacional o Receso_____ Otra ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2025

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

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 15A-25 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54051800013

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD-MM-AAAA) (Definir inicialmente cuando la primera entrega de la UPP) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA UPP (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) | | |

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	P1.SB213.PP	06/03/2013
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 3	Página 1 de 1
	FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	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___ Varias veces o Ronda_____ Otra ___ Especifique _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2026

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 10 15A-24 SAN PEDRO

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54065100012

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Debe corresponder antes de primera entrega de la RPP) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | |

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F1.MO13.PP	26/02/2019
BIENESTAR FAMILIAR		Version 3	Página 1 de 1
	FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	Clasificación de la Información Público	

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
RACION: Mensual ___x__ Vacaciones o Recess_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2025

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

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 16A-24 SAN PEDRO

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 540851000012

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica Unicamente 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 |
|---|---|---|---

	PROCESO PROMOCION Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	PI_MO13_PP	20/03/2019
		Version 3	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información Publica	

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACION:HCB FAMI COMUNITARIO
RACION: Mensual __X__ Vacaciones o Recess_____ Otra ___ Especifique. _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2026

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

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

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54865180012

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA)
Unicamente para la primera entrega de la RPP) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | |

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PRESTACIÓN Y PRESENCIA
PRESTACIÓN ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS COMPONENTE PRIMARIA

P1.MO13.PP	DIMENSIÓN
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 BIENVENIDI

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

MES DE ENTREGA: MARZO 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

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54880180012

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Refiere únicamente para la primera entrega de la RPP) | FECHA DE ENTREGA SEGÚN EL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | |

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PRESENCIA Y PERMANENCIA
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MD.CLPP	29/05/2018
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: MARZO 2025

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

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 15A-34 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54005188012

| N° ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Indica nuevamente solo la primera entrega de la RPP) | FECHA DE ENTREGA BIMENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | |

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROCESO: MISIONAL
FORMATO ENTREGA DE RACIÓN PARA PREPARAR Y ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

FT-M3.1-FP | 29/04/2019
Versión 1 | Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIDO

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HOB FAMI COMUNITARIO
RACIÓN: Mensual X Vacaciones o Recesos_____ Otro __ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2025

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

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: 8405810012

| # | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | # DOCUMENTO | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Última documento, Inicio de acuerdo, entrega de la RPP) | FECHA DE ENTREGA INDIVIDUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | |

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

PLMD13.FP	[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 Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2025

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

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 11A-24 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 540551000912

| N° PAQUETE | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD-MM-AAAA) (Verifica diligenciamiento para la primera entrega de la UDS) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (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	PROCESO: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	PI_IN013.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__ Vacaciones o Recreo_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2026

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

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: 54003100012

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Radica únicamente para la primera entrega de la RPD) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPD (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL: Gestantes y lactantes | 0 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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

FI_MO13.PP	02/09/2015
Versión 9	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__ Vacacional o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2025

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

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: 54051180012

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD-MM-AAAA) (Debe coincidir con la primera entrega de la EPP) | FECHA DE ENTREGA DE MENSUAL DE LA EPP (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) | | |

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	FI.MO18.PP	30000010
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Público	

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 Recreativa_____ Otra ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2025

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

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 15A-34 SAN PEDRO

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54099100012

| N° ITEM | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DE EL USUARIO (DD-MM-AAAA) (Debe coincidir con la primera entrega de la UDS) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RFP (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) | | |

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

NOMBRE DE LA MODALIDAD: FAMI BIENVENIR

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:
RACIÓN: Menaud ___X__ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2026

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

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: 54005100012

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Registre únicamente para la primera entrega de la RPF) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPF (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | |

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROGRAMACIÓN Y PRESTACIÓN
FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.SO13.PP	DM0000019
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: MARZO 2025

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

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: 6405818001 2

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Anotar únicamente para la primera entrega en la RPP) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | |

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP	29/05/2019
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 CONJUNTARIO
RACIÓN: Mensual __X__ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MARZO 2025

NOMBRE DE LA EAR: ASOCIACION SOCIAL DE RESILIENCIA CON IMPACTO INTEGRAL EN FAMILIA Y LAS COMUNIDADES NOMBRE DE LA UDIRURA AJCA: JULIANCITO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: CALLE 10 16A-24 SAN PEDRO

CODIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 54066100012

| 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) | | | |