FUNDACIÓN PAZCIFICO VIVE
Nit.900937890-5

RPP

"Una Propuesta Social con Inclusión para Todos"
Cel 3117115495
E-mail: fundapazcificovive@gmail.com

Quibdó, Chocó

OCTUBRE

"Una Propuesta Social con Inclusión para Todos"
Cel 3117115495
E-mail: fundapazcificovive@gmail.com

Quibdó, Chocó

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	F-SEDCLPP	29/05/2018
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: ____CHOCO _____ CENTRO ZONAL: _____BAUDO_____ MUNICIPIO: _ BAJO BAUDO PIZARRO_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: _____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual __X_____ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:_____OCTUBRE_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACION PAZCIFICO VIVE _____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
					MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS	Arroz blanco	Pastas alimenticias enriquecidas	Harina de maiz	Avena	Papa o platano	Leche de vaca entera en polvo	Queso campesino o cuajada	Naranja o mandarina	Cebolla roja o zanahoria	Huevo de gallina (1 cubeta de 30 unidades)	Frijol blanquillo	Frijol rojo	Lenteja	Aceite de soya	Panela	Bienestarina mas						
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																									
1	SCARLETH DAIAN MURILLO	1128787078	1/10/2025	15/09/2025	X				2000gr	1000gr	1500gr	1000gr	1000gr	1660gr	250gr	1000gr	1000gr	1650g	1000g	500gr	1500gr	1000gr	500gr	900 gr				LUZ ESTELA RUIZ	1077633784	LUZ Estela
2	NORA LILIANA MORENO	1143967852	3/07/2025	15/09/2025	X				2000gr	1000gr	1500gr	1000gr	1000gr	1660gr	250gr	1000gr	1000gr	1650gr	1000gr	500gr	1500gr	1000gr	500gr	900gr				NORA L MORENO	1143967852	NORA
3	MARIA LUZMERY IBARGUEN	1192770774	3/07/2025	15/09/2025	X				2000gr	1000gr	1500gr	1000gr	1000gr	1660gr	250gr	1000gr	1000gr	1650gr	1000gr	500gr	1500gr	1000gr	500gr	900gr				MARIALUZMERI	1192770774	Marialuz
4	JHANDRI ARIAS VALENCIA	1143624037	1/08/2025	15/09/2025	X				2000gr	1000gr	1500gr	1000gr	1000gr	1660gr	250gr	1000gr	1000gr	1650gr	1000gr	500gr	1500gr	1000gr	500gr	900gr				MARIA T VALENCIA	1149442874	Maria
5	SANTIAGO HURTADO DURAN	1077653494	1/08/2025	15/09/2025	X				2000gr	1000gr	1500gr	1000gr	1000gr	1660gr	250gr	1000gr	1000gr	1650gr	1000gr	500gr	1500gr	1000gr	500gr	900gr				BEADNE M DURAN	1077645463	Beadne
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													

Observaciones:

Firma: yorleibis Murillo

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

Fecha de impresión este documento: ... pasar en el mismo profesional

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA	PLIEGC1.FP	28/03/2019
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: ____CHOCO _____ CENTRO ZONAL: _____BAUDO_____ MUNICIPIO: _BAJO BAUDO PIZARRO_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: _____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual __X_____ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:_____OCTUBRE_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACION PAZCIFICO VIVE _____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
					MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS	Arroz blanco	Pastas alimenticias enriquecidas	Harina de maíz	Papa o platano	Leche de vaca entera en polvo	Queso campesino o costeño	Naranja o mandarina	Cebolla roja o zanahoria	Huevo de gallina (1 cubeta de 15 unidades)	Lenteja	Aceite de soya	Panela	Bienestarina mas						
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																					
1	SHELLMY NAHIARA GIRON	1077652842	3/02/2025	14/10/2025			X		1000gr	500gr	500gr	500gr	380gr	250gr	500gr	500gr	900gr	1000gr	500cc	250gr	900gr				ANGELA P GIRON	1077647007	Angela
2	YEIMAR CAISAMO BARRIGON	1077652851	5/02/2025	14/10/2025			X		1000gr	500gr	500gr	500gr	380	250gr	500gr	500gr	900gr	1000gr	500gr	250gr	900gr				JULIA N ASPRILLA	1010128377	Julia
3	MILAN SANTIAGO HURTADO	1234204128	1/08/2025	14/10/2025			X		1000gr	500gr	500gr	500gr	380gr	250gr	500gr	500gr	900gr	1000gr	500gr	250gr	900gr				LILIANA P MURILLO	1192690763	Liliana
4	JUAN DANIELMURILLOCARPIO	1077653170	3/02/2025	14/10/2025			X		1000gr	500gr	500gr	500gr	380gr	250gr	500gr	500gr	900gr	1000gr	500gr	250gr	900gr				BELENICIA CARPIO	1077646656	Belenicia
5	DILAN YAHIR MURILLO MURILLO	1077653263	3/02/2025	14/10/2025			X		1000gr	500gr	500gr	500gr	380gr	250gr	500gr	500gr	900gr	1000gr	500gr	250gr	900gr				LUZAIDAMURILLO	1193250625	Luzaida
6	MARLON DAVID QUIRO CARPIO	1077653267	3/02/2025	14/10/2025			X		1000gr	500gr	500gr	500gr	380gr	250gr	500gr	500gr	900gr	1000gr	500gr	250gr	900gr				LISTINIA CARPIO	1133624595	Listinia
7	LUISA FERNANDA ASPRILLA	1077653365	3/02/2025	14/10/2025			X		1000gr	500gr	500gr	500gr	380gr	250gr	500gr	500gr	900gr	1000gr	500gr	250gr	900gr				ADRIANA MURILLO	1193250588	adriana
8	LUIS FERNANDO ASPRILLA	1077653366	3/02/2025	14/10/2025			X		1000gr	500gr	500gr	500gr	380gr	250gr	500gr	500gr	900gr	1000gr	500gr	250gr	900gr				ADRIANA MURILLO	1193250588	adriana
9	LIAM MANUEL LARGACHA	1078105017	3/02/2025	14/10/2025			X		1000gr	500gr	500gr	500gr	380gr	250gr	500gr	500gr	900gr	1000gr	500gr	250gr	900gr				VICTOR LARGACHA	1192690763	VICTOR
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Observaciones:

Firma: yoleibis murillo

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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.SO13.FP	09/05/2019
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

REGIONAL: ____CHOCO _____ CENTRO ZONAL: _____BAUDO_____ MUNICIPIO: _BAJO BAUDO PIZARRO_____

NOMBRE DE LA MODALIDAD: _____

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: _____

RACIÓN: Mensual __X_____ Vacaciones o Receso_____ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA:_____OCTUBRE_____

NOMBRE DE LA EAS: _FUNDACION PAZCIFICO VIVE _____NOMBRE DE LA UDS/UBA AJCA _____

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 UBUARIO	Nº IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION
					MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 2 AÑOS	NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS	Arroz blanco	Pastas alimenticias enriquecidas	Harina de maiz	Avena	Papa o platano	Leche de vaca entera en polvo	Queso campesino o cuajada	Naranja o mandarina	Cebolla roja o zanahoria	Huevo de gallina (1 cubeta de 30 unidades)	Frijol blanquillo	Frijol rojo	Lenteja	Aceite de soya	Panela	Bienestarina mas							
					Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete.																										
1	SCARLETH DAIAN MURILLO	1128787078	1/10/2025	14/10/2025	X				2000gr	1000gr	1500gr	1000gr	1000gr	1660gr	250gr	1000gr	1000gr	1650g	1000g	500gr	1500gr	1000gr	500gr	900 gr					LUZ ESTELA RUIZ	1077633784	Luz estela
2	NORA LILIANA MORENO	1143967652	3/07/2025	14/10/2025	X				2000gr	1000gr	1500gr	1000gr	1000gr	1660gr	250gr	1000gr	1000gr	1650gr	1000gr	500gr	1500gr	1000gr	500gr	900gr					NORA L MORENO	1143967652	nora
3	MARIA LUZMERY IBARGUEN	1192770774	3/07/2025	14/10/2025	X				2000gr	1000gr	1500gr	1000gr	1000gr	1660gr	250gr	1000gr	1000gr	1650gr	1000gr	500gr	1500gr	1000gr	500gr	900gr					MARIALUZMERI	1192770774	maríaluz
4	JHANDRI ARIAS VALENCIA	1143624037	1/08/2025	14/10/2025	X				2000gr	1000gr	1500gr	1000gr	1000gr	1660gr	250gr	1000gr	1000gr	1650gr	1000gr	500gr	1500gr	1000gr	500gr	900gr					MARIA T VALENCIA	1149442874	Maria
5	SANTIAGO HURTADO DURAN	1077653494	1/08/2025	14/10/2025	X				2000gr	1000gr	1500gr	1000gr	1000gr	1660gr	250gr	1000gr	1000gr	1650gr	1000gr	500gr	1500gr	1000gr	500gr	900gr					BEADNE M DURAN	1077645463	Beadne
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16																														
17																														

Observaciones:

Firma: Yaleibis Murillo

Nombre legible de quien entrega:

Firma: _____

Representante Legal EAS o su delegado

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