BIENESTAR FAMILIAR

**PROCESO**
**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

**FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO**

Cla

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGIONAL: | PUTUMAYO | CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: | 865681150676 | MES DE CONSUMO: | ABRIL | | |
| CENTRO ZONAL: | PUERTO ASIS | NOMBRE PUNTO DE ENTREGA: | SANTO ANGEL | | | | |
| MUNICIPIO: | PUERTO ASIS | RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA: | AMPARO BENAVIDES | SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA : | MARCELA BURBANO | | |
| MODALIDAD: | INSTITUCIONAL | DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: | B/CAMILO TORRES | BARRIO: | CAMILO TORRES | TELÉFONO: | 3206302154 |
| VALOR INFORMATIVO DEL AAVN | Mes: Bienestarina Màs® | ABRIL TRADICIONAL | 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 | FUNDACIÓN FRATERNIDAD | AMPARO BENAVIDES | CC | 69026267 | 25/03/2026 | 2182983 | 46 | - | - | - | - | - | - | MARLOVY CUCHIMBA | CC | 69028462 | Marlovy Cuchimba |
| | | | | | | | | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | |
| | | | | | | | | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** Amparo Benavides

**Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** 69026267

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

**PROCESO**
**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

**FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGIONAL: | PUTUMAYO | CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: | 8656800099086 | MES DE CONSUMO: | ABRIL | | |
| CENTRO ZONAL: | PUERTO ASIS | NOMBRE PUNTO DE ENTREGA: | VILLA ROSA | | | | |
| MUNICIPIO: | PUERTO ASIS | RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA: | NATHALY DELGADO | SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA : | NATHALY DELGADO | | |
| MODALIDAD: | INSTITUCIONAL | DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: | B/VILLA ROSA | BARRIO: VILLA ROSA | | TELÉFONO: | 3214741282 |
| VALOR INFORMATIVO DEL AAVN | Mes: Bienestarina Más® | ABRIL TRADICIONAL | 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 Más® | | 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 | FUNDACIÓN FRATERNIDAD | NATHALY DELGADO | CC | 1123315541 | 25/03/2026 | 2182981 | 48 | - | - | - | - | - | - | ADIELA ORDOÑEZ | CC | 69029781 | Adiela Ordoñez |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** Anggie Nathaly Delgado Acosta

**Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** 1123315541

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

**PROCESO**
**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

**FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGIONAL: | PUTUMAYO | CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: | 8656800099091 | MES DE CONSUMO: | ABRIL | | |
| CENTRO ZONAL: | PUERTO ASIS | NOMBRE PUNTO DE ENTREGA: | TERNURITAS II | | | | |
| MUNICIPIO: | PUERTO ASIS | RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA: | NATHALY DELGADO | SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA : | NATHALY DELGADO | | |
| MODALIDAD: | INSTITUCIONAL | DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: | B/OBRERO | BARRIO: OBRERO | TELÉFONO: 3214741282 | | |
| VALOR INFORMATIVO DEL AAVN | Mes: Bienestarina Más® | ABRIL TRADICIONAL | 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 Más® | | 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 | FUNDACIÓN FRATERNIDAD | NATHALY DELGADO | CC | 1123315541 | 25/03/2026 | 2182583 | 10 | - | - | - | - | - | - | LEIDY RIVERA | CC | 1.123.303.932 | leidy Rivera |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** Angie Nathaly Delgado Acosta.

**Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** 1123315541

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

**PROCESO**
**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

**FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO**



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REGIONAL: | PUTUMAYO | CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: | 865681153902 | MES DE CONSUMO: | | |
| CENTRO ZONAL: | PUERTO ASIS | NOMBRE PUNTO DE ENTREGA: | CASITA FELIZ I | | | |
| MUNICIPIO: | PUERTO ASIS | RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA: | ROSIO LOPEZ | SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA : | NATHALY DELGADO | |
| MODALIDAD: | INSTITUCIONAL | DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: | LOS OLIVOS | BARRIO: LOS OLIVOS | TELÉFONO: | 3214741282 |
| VALOR INFORMATIVO DEL AAVN | Mes: ABRIL<br>Bienestarina Más® TRADICIONAL | Mes:<br>Bienestarina® Liquida | | Mes:<br>Alimento MG y ML | Mes:<br>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 Más® | | 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 | FUNDACIÓN FRATERNIDAD | ROSIO LOPEZ | CC | 69055692 | 25/03/2026 | 2182983<br>-<br>- | 47<br>-<br>- | -<br>-<br>- | -<br>-<br>- | -<br>-<br>- | -<br>-<br>- | -<br>-<br>- | -<br>-<br>- | MARLENY ALVARADO | CC | 41103510 | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** ROSIO LOPEZ G

**Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** 69055692

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

**PROCESO**
**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Cla

**FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGIONAL: | PUTUMAYO | CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: | 8656800099855 | MES DE CONSUMO: | ABRIL | | |
| CENTRO ZONAL: | PUERTO ASIS | NOMBRE PUNTO DE ENTREGA: | MI BELLO DESPERTAR III | | | | |
| MUNICIPIO: | PUERTO ASIS | RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA: | AMPARO BENAVIDES | SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA : | MARCELA BURBANO | | |
| MODALIDAD: | INSTITUCIONAL | DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: | VDA/ CARMELITA | BARRIO: | VDA/CARMELITA | TELÉFONO: | 3206302154 |
| VALOR INFORMATIVO DEL AAVN | Mes: ABRIL | Mes: | | Mes: | | Mes: | |
| | Bienestarina Màs® TRADICIONAL | Bienestarina® Liquida | | Alimento MG y ML | | 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 | FUNDACIÓN FRATERNIDAD | AMPARO BENAVIDES | CC | 69026267 | 25/03/2026 | 2182983 | 10 | - | - | - | - | - | - | INES SEGURA | CC | 64027267 | Ines Segura |
| | | | | | | | | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | |
| | | | | | | | | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** Amparo Benavides

**Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** 69026267

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F3.P5.PP
Versión 3
1 de 2
17/09/2018
Clasificación información
Clasificada

## FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGIONAL: | PUTUMAYO | CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: | 8656800099085 | MES DE CONSUMO: | | ABRIL | |
| CENTRO ZONAL: | PUERTO ASIS | NOMBRE PUNTO DE ENTREGA: | MI BELLO DESPERTAR I | | | | |
| MUNICIPIO: | PUERTO ASIS | RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA: | MARCELA BURBANO | SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA : | | MARCELA BURBANO | |
| MODALIDAD: | INSTITUCIONAL | DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: | B/METROPOLITANO | BARRIO: | B/METROPOLITANO | TELÉFONO: | 3206302154 |
| VALOR INFORMATIVO DEL AAVN | Mes: Bienestarina Más® | ABRIL TRADICIONAL | 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 Más® | | 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 | FUNDACIÓN FRATERNIDAD | MARCELA BURBANO | CC | 1123315181 | 25/03/2026 | 2182983 | 24 | - | - | - | - | - | - | ROCIO ROSERO | CC | 1085301917 | Rocio Rosero |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** Marcela Burbano B

**Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:** 1.123.315.181

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO



| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGIONAL: | PUTUMAYO | | CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: | 8656800099085 | MES DE CONSUMO: | ABRIL | |
| CENTRO ZONAL: | PUERTO ASIS | | NOMBRE PUNTO DE ENTREGA: | TERNURITAS I | | | |
| MUNICIPIO: | PUERTO ASIS | | RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA: | MARCELA BURBANO | SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA : | MARCELA BURBANO | |
| MODALIDAD: | INSTITUCIONAL | | DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: | B/MONTAÑITA | BARRIO: MONTAÑITA | TELÉFONO: | 3206302154 |
| VALOR INFORMATIVO DEL AAVN | Mes: Bienestarina Màs® | ABRIL TRADICIONAL | 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 | FUNDACIÓN FRATERNIDAD | MARCELA BURBANO | CC | 1123315181 | 25/03/2026 | 2182983 | 44 | - | - | - | - | - | - | SANDRA CHIQUNQUE | CC | 69020715 | Sandra Chiquinque |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: Marcela Burbano P.
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega: 1.123.315.181

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner