PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CONTROL DE INVENTARIOS DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA	CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO			**CODIGO DEL PUNTO**	41037970006
NOMBRE RESPONSABLE DEL PUNTO	LIDSADY HALAINEED GUZMAN ALVAREZ	**NOMBRE RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORMATO**		LIDSADY HALAINEED GUZMAN ALAVAREZ	
REGIONAL	HUILA	**CENTRO ZONAL**	LA PLATA	**MUNICIPIO**	TESALIA

DESCRIPCION DEL AAVN

Bienestarina Más® Tradicional____ **Bienestarina® Líquida Vainilla** _____ **Alimento para MG y ML** _____
Bienestarina Más® Fresa _____ **Bienestarina® Líquida AAQ** _____ **Otro** ___X_
Bienestarina Más® Vainilla _____ **Cuál:B MAMÁ CON CHONTADURO**

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
JULIO	14				

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	Avería	Laboratorios	Entrega especial	Pérdida		
1	6	2026	N/A	2204836	25	9	2026	0	-	-	-	-	75	-	X	-	-	-	-	-	-	50	50

Firma del responsable _____

Cédula del responsable 1081419389

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CONTROL DE INVENTARIOS DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA	CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO			**CODIGO DEL PUNTO**	41037970006
NOMBRE RESPONSABLE DEL PUNTO	LIDSADY HALAINEED GUZMAN ALVAREZ	**NOMBRE RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORMATO**			LIDSADY HALAINEED GUZMAN ALAVAREZ
REGIONAL	HUILA	**CENTRO ZONAL**	LA PLATA	**MUNICIPIO**	TESALIA

DESCRIPCION DEL AAVN

Bienestarina Más® Tradicional __X___ **Bienestarina® Líquida Vainilla** _____ **Alimento para MG y ML** _____
Bienestarina Más® Fresa _____ **Bienestarina® Líquida AAQ** _____ **Otro** _____
Bienestarina Más® Vainilla **Cuál:** _____

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

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	Avería	Laboratorios	Entrega especial	Pérdida		

Firma del responsable _____ Cédula del responsable _____

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CONTROL DE INVENTARIOS DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA	CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO			**CODIGO DEL PUNTO**	41037970006
NOMBRE RESPONSABLE DEL PUNTO	LIDSADY HALAINEED GUZMAN ALVAREZ	**NOMBRE RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORMATO**			LIDSADY HALAINEED GUZMAN ALAVAREZ
REGIONAL	HUILA	**CENTRO ZONAL**	LA PLATA	**MUNICIPIO**	TESALIA

DESCRIPCION DEL AAVN

Bienestarina Más® Tradicional __X___ **Bienestarina® Líquida Vainilla** _____ **Alimento para MG y ML** _____
Bienestarina Más® Fresa _____ **Bienestarina® Líquida AAQ** _____ **Otro** _____
Bienestarina Más® Vainilla_____ **Cuál:** _____

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

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	Avería	Laboratorios	Entrega especial	Pérdida		

Firma del responsable _____ Cédula del responsable _____

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