BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

REGIONAL:	VALLE	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA:	76010010018	MES DE CONSUMO: ABRIL	
CENTRO ZONAL:	SURORIENTAL	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA:	CORPDUESA		
MUNICIPIO:	CALI	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA:	ANGELICA MARTINEZ	SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA :	MARILUZ CASTAÑEDA
MODALIDAD:	ATRAPASUEÑOS DE RESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA:	CALLE 112 # 26Q 87	BARRIO: MANUELA BELTRAN	TELÉFONO: 3173779921

VALOR INFORMATIVO DEL AAVN	Mes:		Mes:		Mes:		Mes:	
	Bienestarina Màs®		Bienestarina® Lìquida		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® Lìquida		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	CORPUDESA	CORPUDESA	ANGELICA MARTINEZ SALAZAR	ANGELICA MARTINEZ SALAZAR	CC	31307385	1/04/2026							2180888 2196105	8 23	KAROLINA ALTAMIRANO	CC	29115074	
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

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

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® Lìquida		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
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

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