**El SUSCRITO (Cargo del supervisor del convenio o contrato de aporte)**

**CERTIFICA**

Que en el mes de (Mes en que realizó la entrega) se realizó la entrega de (Cantidad de Kg) Kg de Bienestarina Más® y (Cantidad de Kg) Kg de Alimento para la Mujer Gestante y Madre en periodo de Lactancia, a (Número de beneficiarios) beneficiarios, en el marco del convenio (Marque con X si aplica) o contrato de aporte (Marque con X si aplica) Nro. (Número del convenio o contrato de aporte) suscrito con (Nombre de la entidad).

Para constancia se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Firma del supervisor

**Nombre del Supervisor**

Cargo del Supervisor