Solicito la autorización del traslado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **bolsas de 900 g o cajitas de 200 ml** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Bienestarina Más® ó Bienestarina Líquida o alimento para mujer gestante o madre en periodo de lactancia** de acuerdo con la siguiente información:

**Del Punto de Origen:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA  TRASLADO** | **REGIONAL** | **MUNICIPIO** | **NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA** | **DIRECCIÓN** | **RESPONSABLE** | **TELÉFONO** | **COD. PUNTO** | **No. LOTE** | **BOLSAS** | **FECHA  VENCIMIENTO** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Al Punto de Destino:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA  TRASLADO** | **REGIONAL** | **MUNICIPIO** | **NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA** | **DIRECCIÓN** | **RESPONSABLE** | **TELÉFONO** | **COD. PUNTO** | **No. LOTE** | **BOLSAS** | **FECHA  VENCIMIENTO** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Justificación:**

|  |
| --- |
| **Describir las causas por las cuales se solicita el traslado de los alimentos de alto valor nutricional** |

**Responsable del traslado:**

**Nombre completo, cargo y entidad**

**FIRMA**