DATOS DE APERTURA (SOME)

Parte b

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:

FECHA DE INSCRIPCIÓN: FIRMA Y TIMBRE:

FECHA DE ENTREGA	CONDICIÓN DE LACTANCIA				GRUPO ETARIO (MESES)				TIPO Y CANTIDAD (kg)		FECHA PRÓXIMA ENTREGA
	LME	LMP	FP	FE	0- 2	3-4	5	6-11	FI	MS	

LME: Lactancia Materna Exclusiva, **LMP:** Lactancia Materna Predominante, **FP:** Fórmula Predominante

FE: Fórmula Exclusiva

FI: fórmula de inicio **MS**: Mi Sopita