PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
TARJETA DE CONTROL DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS
PNAC BÁSICO O REFUERZO DE NIÑOS O NIÑAS MENORES A DOCE MESES
Parte a

ESTABLECIMIENTO:
NOMBRE: RUN:
N° DE FICHA: FECHA DE NACIMIENTO: EDAD DE INGRESO:
DIRECCIÓN: COMUNA:
FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA: TELÉFONO:

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