|  |  |
| --- | --- |
| Espacio para logo ETC | **REMISIÓN ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA** **-RACIÓN INDUSTRIALIZADA -** |
| **OPERADOR: *Escriba el nombre completo del operador que ejecuta el PAE*** | **FECHA: Escriba la fecha (dd/mm/aa) de entrega de complementos** |
| **ETC: Escriba el nombre del departamento o municipio categorizado como ETC en el cual se hace la verificación** | **MUNICIPIO O VEREDA: Escriba el nombre del municipio o vereda donde se encuentra ubicada la Institución o centro educativo** |
| **INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: Escriba el nombre de la Institución o centro educativo, donde se entregan los complementos** |
| **SEDE EDUCATIVA: Escriba el nombre de la sede educativa (si aplica), donde se entregan los complementos** |

| **RANGO DE EDAD** | **No DE RACIONES ADJUDICADAS** | **No DE RACIONES ATENDIDAS** | **No DE DÍAS A ATENDER**  | **No DE MENÚ Y SEMANA DEL CICLO DE MENÚS ENTREGADO:** | **TOTAL RACIONES** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4-6 años 11 meses | Escriba aquí el número de raciones adjudicadas para el rango de edad de 4-6 años 11 meses | Escriba aquí el número de raciones realmente atendidas para el rango de edad de 4-6 años 11 meses | Escriba aquí el número de días que se atenderán con los alimentos entregados | Especificar el o los números de menú y la semana del ciclo de menús al que corresponden los alimentos entregados | JM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_JT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Especificar el número de alimentos entregados por jornada de acuerdo al número de raciones. |
| 7-12 años 11 meses | Escriba aquí el número de raciones adjudicadas para el rango de edad de 7-12 años 11 meses | Escriba aquí el número de raciones realmente atendidas para el rango de edad de 7-12 años 11 meses | Escriba aquí el número de días que se atenderán con los alimentos entregados |
| 13-17 años 11 meses | Escriba aquí el número de raciones adjudicadas para el rango de edad de 13-17 años 11 meses | Escriba aquí el número de raciones realmente atendidas para el rango de edad de 13-17 años 11 meses | Escriba aquí el número de días que se atenderán con los alimentos entregados |

**C: Cumple NC: No cumple**

| **COMPLEMENTOS A ENTREGAR** | **COMPLEMENTOS RECIBIDOS****Corresponde a la cantidad contada o pesada en el restaurante escolar y si el número coincide con el de la cantidad total, marcar con “x” en C, en caso contrario marcar con “x” en NC. Este espacio será diligenciado por quien reciba los alimentos** | **CONDICIONES DE EMPAQUE****Verificar especificaciones de calidad de los empaques, de acuerdo con lo establecido en los lineamientos PAE, marcar con “x” en C o NC, de acuerdo a lo observado. Este espacio será diligenciado por quien reciba los alimentos** | **FALTANTES****En caso de que las cantidad total y la cantidad entregada de alimentos no coincidan, se marcara con “x” el SI, en caso contrario se marcará con “x” el NO. Este espacio será diligenciado por quien reciba los alimentos** | **DEVOLUCIÓN****En caso de que los víveres presenten un NC en ESPECIFICACIONES DE CALIDAD, se marcará con “x” el SI, en caso contrario se marcará con “x” el NO. Este espacio será diligenciado por quien reciba los víveres** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALIMENTO****Describa el alimento o materia prima a entregar – ej: arroz** | **UNIDAD DE MEDIDA** **Escribir la unidad de medida de la cantidad por ración (ej: gr, ml, unidades)** | **CANTIDAD****Describe la cantidad total de acuerdo a la sumatoria por grupo de edad** | **CANTIDAD** | **C** | **NC** | **C** | **NC** | **SI** | **NO** | **CANTIDAD** | **SI** | **NO** | **CANTIDAD** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OBSERVACIONES *Este es un espacio abierto para cuando se necesite dejar por escrito algún comentario adicional por parte del operador o del responsable del PAE en la Institución Educativa***

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL FUNCIONARIO DEL OPERADOR QUE ENTREGA: Escriba el nombre de la persona que entrega los alimentos por parte del operador** |  **NOMBRE RESPONSABLE INSTITUCION O CENTRO EDUCATIVO:****Escriba el nombre del responsable encargado del PAE en la institución educativa** |
| **CARGO: Cargo de la persona que realiza la entrega de los alimentos** | **CARGO:** |
| **FIRMA: En este espacio firma el manipulador de alimentos del operador que realiza el recibo de los víveres** | **FIRMA: En este espacio firma el responsable de la institución educativa** |
| **NOMBRE DEL MANIPULADOR DE ALIMENTOS QUE RECIBE (operador): Escriba el nombre del manipulador de alimentos del operador que realiza el recibo de los víveres** |  |
| **FIRMA: En este espacio firma el manipulador de alimentos del operador que realiza el recibo de los víveres** |

|  |  |
| --- | --- |
| Espacio para logo ETC | **REMISIÓN ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA** **-RACIÓN INDUSTRIALIZADA -** |
| **OPERADOR:** | **FECHA:** |
| **ETC:** | **MUNICIPIO O VEREDA:** |
| **INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** |
| **SEDE EDUCATIVA:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RANGO DE EDAD** | **No DE RACIONES ADJUDICADAS** | **No DE RACIONES ATENDIDAS** | **No DE DÍAS A ATENDER**  | **No DE MENÚ Y SEMANA DEL CICLO DE MENÚS ENTREGADO:** | **TOTAL RACIONES** |
| 4-6 años 11 meses |  |  |  |  | JM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_JT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7-12 años 11 meses |  |  |  |
| 13-17 años 11 meses |  |  |  |

| **COMPLEMENTOS A ENTREGAR** | **COMPLEMENTOS RECIBIDOS** | **CONDICIONES DE EMPAQUE** | **FALTANTES** | **DEVOLUCIÓN** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALIMENTO** | **UNIDAD DE MEDIDA**  | **CANTIDAD** | **CANTIDAD** | **C** | **NC** | **C** | **NC** | **SI** | **NO** | **CANTIDAD** | **SI** | **NO** | **CANTIDAD** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**C: Cumple NC: No cumple**

**OBSERVACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL FUNCIONARIO DEL OPERADOR QUE ENTREGA:** |  **NOMBRE RESPONSABLE INSTITUCION O CENTRO EDUCATIVO:** |
| **CARGO:**  | **CARGO:** |
| **FIRMA:**  | **FIRMA:** |
| **NOMBRE DEL MANIPULADOR DE ALIMENTOS QUE RECIBE (operador):** |  |
| **FIRMA:**  |