|  |  |
| --- | --- |
| Espacio para logo ETC | **PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR****REMISIÓN ENTREGA DE VÍVERES EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA****-RACIÓN PREPARADA EN SITIO-****COMPLEMENTO ALIMENTARIO JORNADA MAÑANA - TARDE** |
| **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 complementos entregados | Especificar el o los números de menú y la semana del ciclo de menús al que corresponden los complementos entregados | JM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_JT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Especificar el número de complementos 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 complementos 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 complementos entregados |

| **ALIMENTO****Describa el alimento a entregar – Ej: mandarina** | **CANTIDAD DE ALIMENTOS POR NÚMERO DE RACIONES** | **UNIDAD DE MEDIDA****Escribir la unidad de medida de alimento a entregar (ej: bolsa, ml, unidades)** | **CANTIDAD TOTAL****Describe la cantidad total de alimento a entregar** | **CANTIDAD ENTREGADA****Se escribe la cantidad total real entregada. Marcar con una X en C o NC verificando si las cantidades cumplen o no con lo estipulado. Este espacio será diligenciado por quien reciba los complementos** | **ESPECIFICACIONES DE CALIDAD****Verificar condiciones de empaque y de calidad de los complementos, 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 complementos** | **FALTANTES****En caso de que la cantidad total y la cantidad entregada de complementos 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 complementos** | **DEVOLUCIÓN****En caso de que los complementos presenten un NC en CONDICIONES DE EMPAQUE Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS, se marcara con “x” el SI, en caso contrario se marcará con “x” el NO. Este espacio será diligenciado por quien reciba los complementos** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4-6 AÑOS | 7-12 AÑOS | 13-17 AÑOS | **TOTAL** | **C** | **NC** | **C** | **NC** | **SI** | **NO** | **CANTIDAD** | **SI** | **NO** | **CANTIDAD** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**C: Cumple NC: No cumple**

 **OBSERVACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE MANIPULADOR DE ALIMENTOS QUE RECIBE (operador):**  **Escriba el nombre del manipulador de alimentos del operador que realiza el recibo de los complementos** | **NOMBRE RESPONSABLE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:****Escriba el nombre del responsable encargado del PAE en la institución educativa** |
| **FIRMA:** **En este espacio firma el manipulador de alimentos del operador que realiza el recibo de los complementos** | **CARGO: Cargo del responsable encargado del PAE en la institución educativa** |
| **FIRMA:** **En este espacio firma el responsable de la institución educativa** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE TRANSPORTADOR (operador):**  **Escriba el nombre del funcionario del operador que realiza la entrega de los complementos**  | **FIRMA: En este espacio firma el transportador que realiza la entrega de los alimentos** |

|  |  |
| --- | --- |
|  Espacio para logo ETC | **PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR****REMISIÓN ENTREGA DE VÍVERES EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA****-RACIÓN PREPARADA EN SITIO-****COMPLEMENTO ALIMENTARIO JORNADA MAÑANA - TARDE** |
| **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 |  |  |  |

| **ALIMENTO** | **CANTIDAD DE ALIMENTOS POR NÚMERO DE RACIONES** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CANTIDAD TOTAL** | **CANTIDAD ENTREGADA** | **ESPECIFICACIONES DE CALIDAD** | **FALTANTES** | **DEVOLUCIÓN** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4-6 AÑOS | 7-12 AÑOS | 13-17 AÑOS | **TOTAL** | **C** | **NC** | **C** | **NC** | **SI** | **NO** | **CANTIDAD** | **SI** | **NO** | **CANTIDAD** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**C: Cumple NC: No cumple**

 **OBSERVACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE TRANSPORTADOR (operador):** | **FIRMA:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE MANIPULADOR DE ALIMENTOS QUE RECIBE (operador):** | **NOMBRE RESPONSABLE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** |
| **FIRMA:** | **CARGO:** |
| **FIRMA:** |