|  |  |
| --- | --- |
|  Espacio para logo ETC |  **PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR****REPOSICIÓN O ENTREGA DE FALTANTES** **(En caso de presentarse devolución o faltante de complementos en la entrega)****-RACIÓN INDUSTRIALIZADA-** |
| **OPERADOR: Escriba el nombre completo del operador que ejecuta el PAE** | **FECHA:** **Escriba la fecha (dd/mm/aa) de entrega de los complementos faltantes o reposición de las devoluciones** |
| **NOMBRE DEL DELEGADO DEL PAE DE LA I.E: Se escribe el nombre de responsable encargado del PAE en la institución educativa** |
| **ETC: Escriba el nombre del departamento o municipio categorizado como Entidad Territorial Certificada** | **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** | **TOTAL RACIONES** |
| **SEDE EDUCATIVA: Escriba el nombre de la sede educativa, donde se entregan los complementos en caso que aplique.** | JM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_JT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Especificar el número de complementos entregados por jornada de acuerdo al número de raciones.** |

| **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 víveres** | **CONDICIONES DE EMPAQUE** | **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** |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALIMENTO****Describa el alimento a entregar** | **UNIDAD****Escribir la unidad de medida de alimento a entregar (ej: bolsa, ml, unidades)** | **CANTIDAD****Describe la cantidad total faltante o devuelta debe coincidir con la registrada en el formato de “remisión de complementos”** | **CANTIDAD****Describe la cantidad total de alimento recibida** | **C** | **NC** | **C** | **NC** | **SI** | **NO** | **CANTIDAD** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**C: Cumple NC: No cumple**

**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 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** |
| **CARGO:** | **CARGO:** |
| **FIRMA: En este espacio firma el manipulador de alimentos** | **FIRMA: En este espacio firma responsable encargado del PAE en 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 de quien entrega los complementos** |

|  |  |
| --- | --- |
| Espacio para logo ETC |  **PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR****REPOSICIÓN O ENTREGA DE FALTANTES** **(En caso de presentarse devolución o faltante de complementos en la entrega)****-RACIÓN INDUSTRIALIZADA-** |
| **OPERADOR:** | **FECHA:** |
| **NOMBRE DEL DELEGADO DEL PAE DE LA I.E:** |
| **ETC:** | **MUNICIPIO O VEREDA:** |
| **INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** | **TOTAL RACIONES** |
| **SEDE EDUCATIVA:** | JM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_JT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

**C: Cumple NC: No cumple**

**OBSERVACIONES**

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

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