|  |  |
| --- | --- |
|  Espacio para logo ETC |  **PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR****REPOSICIÓN O ENTREGA DE FALTANTES** **(En caso de presentarse devolución o faltante de víveres en la entrega)****-RACIÓN PREPARADA EN SITIO-** |
| **OPERADOR: Escriba el nombre completo del operador que ejecuta el PAE** | **FECHA: Se escribe la fecha (dd/mm/aa) de entrega de los víveres faltantes o reposición de las devoluciones** |
| **NOMBRE DEL DELEGADO DEL PAE DE LA I.E: Nombre de responsable encargado del PAE en la Institución Educativa** |
| **ETC: 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 víveres** | **MODALIDAD:*** Complemento alimentario am – pm:\_\_\_
* Almuerzo: \_\_\_\_

**Seleccione el tipo de complemento al que pertenecen los víveres entregados** |
| **SEDE EDUCATIVA: Escriba el nombre de la sede educativa, donde se entregan los víveres en caso que aplique** |

| **ALIMENTO****Describa el tipo de alimento o materia prima a entregar – Ej: arroz** | **CANTIDAD FALTANTE O DEVUELTA****Describe la cantidad total faltante o devuelta debe coincidir con la registrada en el formato de “remisión de víveres** | **UNIDAD DE MEDIDA****Escribir la unidad de medida de la cantidad de alimento a entregar (ej: g, ml, unidades)** | **CANTIDAD ENTREGADA****Corresponde a la cantidad contada o pesada en el restaurante escolar y si el número coincide con el de la cantidad faltante o devuelta, marcar con “x” en C, en caso contrario marcar con “x” en NC. Este espacio será diligenciado por quien reciba los víveres** | **ESPECIFICACIONES DE CALIDAD****Verificar especificaciones de calidad de los víveres, 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 víveres** | **DEVOLUCIÓN****En caso de que los víveres presenten un NC en ESPECIFICACIONES DE CALIDAD, se marcara con “x” el SI, en caso contrario se marcará con “x” el NO. Este espacio será diligenciado por quien reciba los víveres** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TOTAL** | **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 víveres** |  **NOMBRE RESPONSABLE INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:****Nombre del responsable encargado del PAE en la institución educativa o centro educativo** |
| **CARGO:** | **CARGO:** |
| **FIRMA:**  **En este espacio firma el manipulador de alimentos del operador que realiza el recibo de los víveres** | **FIRMA:**  **En este espacio firma del responsable encargado del PAE en la institución o centro educativo** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE TRANSPORTADOR (operador):**  **Escriba el nombre de la persona que transporta los víveres por parte del operador** | **FIRMA:** **En este espacio firma del responsable de la entrega de los víveres** |

|  |  |
| --- | --- |
|  Espacio para logo ETC |  **PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR****REPOSICIÓN O ENTREGA DE FALTANTES** **(En caso de presentarse devolución o faltante de víveres en la entrega)****-RACIÓN PREPARADA EN SITIO-** |
| **OPERADOR:**  | **FECHA:** |
| **NOMBRE DEL DELEGADO DEL PAE DE LA I.E:** |
| **ETC:** | **MUNICIPIO O VEREDA:** |
| **INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO:** | **MODALIDAD:*** Complemento alimentario am – pm:\_\_\_
* Almuerzo: \_\_\_\_
 |
| **SEDE EDUCATIVA:** |

| **ALIMENTO** | **CANTIDAD FALTANTE O DEVUELTA** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CANTIDAD ENTREGADA** | **ESPECIFICACIONES DE CALIDAD** | **DEVOLUCIÓN** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TOTAL** | **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:** |