	PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR **REPOSICIÓN O ENTREGA DE FALTANTES**
OPERADOR: CABILDO MAYOR REGIONAL DEL PUEBLO ZENÚ	**FECHA:** 26/01/2026
ETC: CORDOBA	**MUNICIPIO O VEREDA:** Momil
INSTITUCIÓN O CENTRO EDUCATIVO: Institución educativa San Pedro Claver Sede Varones	
MODALIDAD: *Preparada en sitio _X____ *Industrializada_____	**CUPOS ATENDIDOS:** 82
TIPO COMPLEMENTO ALIMENTARIO: *Complemento alimentario am/pm: _X_____ *Almuerzo: _____	

ALIMENTO	CRITERIO Marque con una X			CANTIDAD FALTANTE/DEVUELTA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD ENTREGADA/ REPOSICIÓN			ESPECIFICACIONES DE CALIDAD	
	FALTANTE	DEVOLUCIÓN	REPOSICIÓN			TOTAL	C	NC	C	NC
AJI			X	1/2	lb	1/2	X		X	

C: Cumple **NC: No cumple**

OBSERVACIONES_____

RECIBE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	ENTREGA OPERADOR/PROVEEDOR
NOMBRE: Adriana Luna Ibañez	**NOMBRE:** Ana Paola Benitez Morente
CARGO: Manipuladora	**CARGO:** Coordinadora
CEDULA/TELEFONO: 1.044.624.900- 3013897907	**CEDULA/TELEFONO:** 1.065.377.282- 3126026989