|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE CONTEO DE COMIDAS DIARIAS** |
| Nombre del centro: | Tipo de Comida (circule): D A B C |
| Dirección: | Fecha:  |
| Nombre del Supervisor: |
| Comidas recibidas/preparadas \_\_\_\_\_\_ + Comidas disponibles del día anterior \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ (total comidas disponibles) |
| Primeras comidas servidas a los niños (tache un número cuando un niño reciba una comida):  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150  Total primeras comidas: \_\_\_\_\_\_ |
| Segundas comidas servidas a los niños: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| **TOTAL DE COMIDAS QUE CALIFICAN PARA REEMBOLSO: Primeras comidas \_\_\_\_\_\_\_\_\_****TOTAL DE COMIDAS QUE CALIFICAN PARA REEMBOLSO: Segundas comidas**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Comidas servidas a adultos en el Programa (adultos que participan directamente en el servicio de comidas; p.ej. preparar y servir comidas):1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Comidas servidas a adultos fuera del Programa (adultos que no participan directamente en el servicio de comidas; p.ej. personal de administración, padres): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Total de comidas dañadas/incompletas/otras no-reembolsables:1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| TOTAL COMIDAS SERVIDAS (primeras comidas + segundas comidas + adultos en el programa + comidas adultos fuera del programa + incompletas):\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Total comidas sobrantes:\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Número de niños adicionales que solicitó una comida después de que todas las comidas disponibles fueran servidas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 |
| Al firmar abajo, certifico que la información anterior es verdadera y correcta: Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |