



SUPERVISIÓN A SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN TRADICIONAL (ALMUERZO/COPA DE LECHE) PLANILLA DE SEGUIMIENTO

1- INFORMACIÓN DEL SERVICIO

| | | |
|-------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| N° Escuela: | Categoría Alimentación: | Fecha: |
| Matrícula: | Inscriptos: Almuerzo Copa Leche | Asistencia Almuerzo: Copa Leche: |

2- PERSONAL DE COMEDOR

| Nombre completo | Cargo/ Funciones | Uniforme | Higiene personal uñas/alhajas | Desempeño | Carné de Salud vigente | Carné manipula- dor vigente |
|-----------------|---------------------|----------|----------------------------------|-----------|---------------------------|--------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Observaciones

.....

.....

3- REGISTROS

| |
|--|
| |
|--|

4- MENÚ COMPLETO DEL DÍA

| | | |
|--------------------------|---------------------|--|
| Almuerzo: Copa Leche: | Menús Especiales | |
|--------------------------|---------------------|--|

5- DESGLOSE DEL MENÚ DEL DÍA

| Alimentos | kg/lts. | Alimentos | kg/lts. |
|-----------|---------|-----------|---------|
| | | | |

6- ELABORACIÓN DEL MENÚ

| | Manipulación | Higiene de frutas y verduras | Temperatura |
|-----------------|--------------|------------------------------|-------------|
| Materias primas | | Lavado: | |
| Elaboración | | Desinfección: | |
| Plato servido | | Observaciones: | |

7- EVALUACIÓN SENSORIAL DEL PLATO SERVIDO

| Presentación | Sabor | Textura | Tamaño Porción |
|--------------|-------|---------|----------------|
| | | | |

8- Stock Leche Leche recibida lts./kg

Usuarios P. Leche Escolar Dilución Leche en polvo

9- MENÚ COMPLETO DE UNA SEMANA (Almuerzo/Copa de Leche)

| Fecha | Observaciones |
|-------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

10- CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS

| | COCINA Equipo/ Instalaciones | COMEDOR | DESPENSA |
|---------------------------|---------------------------------|---------|----------|
| Orden | | | |
| Higiene | | | |
| Plagas | | | |
| Ventilación e iluminación | | | |
| Existencia exclusiva | | | |
| Seguridad | | | |
| Manejo Residuos | | | |

11- NECESIDADES EQUIPAMIENTO/MENAGE

| Artículos: | Fecha Solicitud: | Nº Memo/ Nota/ Informe Pedido: |
|------------|------------------|--------------------------------|
| | | |

12- FUNCIONAMIENTO GENERAL DEL SERVICIO

| Aceptación Menú | Sobrantes | Residuos | Orden/ Conducta |
|-----------------|-----------|----------|-----------------|
| | | | |

13- ASPECTOS A MEJORAR

| C. Higiénico-Sanitaria | C. Nutricional | Otros |
|------------------------|----------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

Firma nutricionista/supervisor

Aclaración de firma



Firma por escuela

Aclaración de firma