**INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR QALI WARMA**

# ANEXO N° 1

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PRT-017-PNAEQW- UOP-FOR-001** |
| Versión Nº: 07 | **FORMATO DE ACTA DE CONFORMACIÓN/ACTUALIZACIÓN Y****COMPROMISO DE LOS CAE** | Página 1 de 1 |

## En el distrito de , provincia y departamento de .

En el marco de la Norma Técnica para la Cogestión del Servicio Alimentario del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y de acuerdo a los Procedimientos Generales para la Operatividad del Modelo de Cogestión para la Atención del Servicio Alimentario, siendo las

 del día \_ del mes de del año 20 , la institución educativa / PRONOEI con código modular N° , del nivel

 , en la reunión de madres y padres de familia presidida por el/la director/a o quien haga de sus veces en la institución educativa la/el Sra./Sr.

 con DNI , se inicia la presente sesión con los siguientes puntos de agenda:

1. Difusión de la estrategia de cogestión y las fases que implica la gestión y vigilancia del Servicio Alimentario, así como las funciones de las/los integrantes del Comité de Alimentación Escolar.
2. Elección de las/los integrantes del Comité de Alimentación Escolar, de acuerdo con los lineamientos del PNAEQW.
3. Compromiso público de las/los integrantes de cumplir estrictamente las funciones y responsabilidades establecidas por el PNAEQW y suscripción de ficha de datos.

Se inicia la sesión, dando a conocer el punto N°1 de la agenda, luego de lo cual se procede a la **elección de las/los integrantes del Comité de Alimentación Escolar,** los cuales pueden ser voluntarias/os o elegidas/os por voto. Una vez identificado a las/los representantes, se declara conformado el Comité de Alimentación Escolar de la siguiente forma:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rol en el Comité de Alimentación****Escolar** | **Nombre y Apellidos (completos)** | **DNI N°** | **Cargo en la IE14** |
| Presidenta/e | Sra. /Sr. |  |  |
| Secretaria/o: | Sra. /Sr. |  |  |
| La/el vocal: | Sra. /Sr. |  |  |
| La/el vocal: | Sra. /Sr. |  |  |
| La/el vocal: | Sra. /Sr. |  |  |

Con la finalidad de formalizar la conformación del Comité de Alimentación Escolar, se pasa a jecutar el tercer punto de la agenda. Habiendo sido leída el acta por cada una/uno de las/los ntegrantes del Comité de Alimentación Escolar, suscritos y verificados los datos en los formatos conformación del Comité de Alimentación Escolar; siendo las \_ horas del mismo día, irman en representación de los presentes el/la director/a de la IE usuaria y la/el presidenta/e de

e i

de f



Firmado digitalmente por MIRANDAAPAFA o representante de las madres y padres de familia, en señal de conformidad

LLONTOP Katherine FAU

20550154065 hard

Motivo: Doy V° B°

Fecha: 01.10.2020 20:26:57 -05:00

**Presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia16**

**Nombres y apellidos: DNI:**

**Director/a de la IE usuaria15**

**Nombres y apellidos: DNI:**

14 Director/a, subdirector/a, coordinador de PRONOEI, promotor/a educativo, coordinador/a del núcleo educativo (ST), coordinador/a CRFA, coordinador/a SRE, docente, personal administrativo, coordinador de la residencia (SRE), gestor comunitario (ST), madre o padre de familia, personal de cocina, responsable de recepción.

**15** El director/a o responsable de la IE debe consignar su firma y el sello de la IE.

16 Presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia debe consignar su firma y sello (solo si cuenta con sello).

**INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR QALI WARMA**

**\_\_**

Firmado digitalmente por MIR LLONTOP Katherine FAU 20550154065 hard

Motivo: Doy V° B°

Fecha: 01.10.2020 20:31:42

**PRESIDENTA/E DEL COMITÉ DE**

ANDA **ALIMENTACIÓN ESCOLAR**

**Nombres y apellidos:**

-05:00

**DNI:**

# ANEXO N° 2

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PRT-017-PNAEQW- UOP-FOR-002** |
| **Versión Nº: 07** | **FORMATO DE FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DE****LOS CAE** | Página 1 de 1 |

### Fecha:

**ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presidenta/e** |  | **Secretaria/o** |  | **La/el Vocal 1** |  | **La/el Vocal 2** |  | **La/el Vocal 3** |  |

**MOTIVO DEL FORMATO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Conformación** |  | **Actualización** |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |

**FECHA DE NACIMIENTO GÉNERO DISCAPACIDAD17 LENGUA MATERNA18**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |

**F**

**M**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DNI19** |

**N° TELÉFONO DOMICILIO**

**CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nº TELÉFONO CELULAR/ PERSONAL (\_) OTRO (\_)** |

**CORREO ELECTRÓNICO**

**DIRECCIÓN ACTUAL**

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733- Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos. Declaro bajo juramento, no tener antecedentes penales ni policiales.

**INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR20**

**Nombres y apellidos: DNI:**

**INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR QALI WARMA**

**\_\_**

Firmado digitalmente por MIR LLONTOP Katherine FAU 20550154065 hard

Motivo: Doy V° B°

Fecha: 01.10.2020 20:31:42

**PRESIDENTA/E DEL COMITÉ DE**

ANDA **ALIMENTACIÓN ESCOLAR**

**Nombres y apellidos:**

-05:00

**DNI:**

# ANEXO N° 2

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PRT-017-PNAEQW- UOP-FOR-002** |
| **Versión Nº: 07** | **FORMATO DE FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DE****LOS CAE** | Página 1 de 1 |

### Fecha:

**ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presidenta/e** |  | **Secretaria/o** |  | **La/el Vocal 1** |  | **La/el Vocal 2** |  | **La/el Vocal 3** |  |

**MOTIVO DEL FORMATO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Conformación** |  | **Actualización** |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |

**FECHA DE NACIMIENTO GÉNERO DISCAPACIDAD17 LENGUA MATERNA18**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |

**F**

**M**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DNI19** |

**N° TELÉFONO DOMICILIO**

**CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nº TELÉFONO CELULAR/ PERSONAL (\_) OTRO (\_)** |

**CORREO ELECTRÓNICO**

**DIRECCIÓN ACTUAL**

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733- Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos. Declaro bajo juramento, no tener antecedentes penales ni policiales.

**INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR20**

**Nombres y apellidos: DNI:**

**INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR QALI WARMA**

**\_\_**

Firmado digitalmente por MIR LLONTOP Katherine FAU 20550154065 hard

Motivo: Doy V° B°

Fecha: 01.10.2020 20:31:42

**PRESIDENTA/E DEL COMITÉ DE**

ANDA **ALIMENTACIÓN ESCOLAR**

**Nombres y apellidos:**

-05:00

**DNI:**

# ANEXO N° 2

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PRT-017-PNAEQW- UOP-FOR-002** |
| **Versión Nº: 07** | **FORMATO DE FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DE****LOS CAE** | Página 1 de 1 |

### Fecha:

**ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presidenta/e** |  | **Secretaria/o** |  | **La/el Vocal 1** |  | **La/el Vocal 2** |  | **La/el Vocal 3** |  |

**MOTIVO DEL FORMATO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Conformación** |  | **Actualización** |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |

**FECHA DE NACIMIENTO GÉNERO DISCAPACIDAD17 LENGUA MATERNA18**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |

**F**

**M**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DNI19** |

**N° TELÉFONO DOMICILIO**

**CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nº TELÉFONO CELULAR/ PERSONAL (\_) OTRO (\_)** |

**CORREO ELECTRÓNICO**

**DIRECCIÓN ACTUAL**

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733- Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos. Declaro bajo juramento, no tener antecedentes penales ni policiales.

**INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR20**

**Nombres y apellidos: DNI:**

**INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR QALI WARMA**

**\_\_**

Firmado digitalmente por MIR LLONTOP Katherine FAU 20550154065 hard

Motivo: Doy V° B°

Fecha: 01.10.2020 20:31:42

**PRESIDENTA/E DEL COMITÉ DE**

ANDA **ALIMENTACIÓN ESCOLAR**

**Nombres y apellidos:**

-05:00

**DNI:**

# ANEXO N° 2

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PRT-017-PNAEQW- UOP-FOR-002** |
| **Versión Nº: 07** | **FORMATO DE FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DE****LOS CAE** | Página 1 de 1 |

### Fecha:

**ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presidenta/e** |  | **Secretaria/o** |  | **La/el Vocal 1** |  | **La/el Vocal 2** |  | **La/el Vocal 3** |  |

**MOTIVO DEL FORMATO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Conformación** |  | **Actualización** |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |

**FECHA DE NACIMIENTO GÉNERO DISCAPACIDAD17 LENGUA MATERNA18**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |

**F**

**M**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DNI19** |

**N° TELÉFONO DOMICILIO**

**CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nº TELÉFONO CELULAR/ PERSONAL (\_) OTRO (\_)** |

**CORREO ELECTRÓNICO**

**DIRECCIÓN ACTUAL**

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733- Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos. Declaro bajo juramento, no tener antecedentes penales ni policiales.

**INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR20**

**Nombres y apellidos: DNI:**

**INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR QALI WARMA**

**\_\_**

Firmado digitalmente por MIR LLONTOP Katherine FAU 20550154065 hard

Motivo: Doy V° B°

Fecha: 01.10.2020 20:31:42

**PRESIDENTA/E DEL COMITÉ DE**

ANDA **ALIMENTACIÓN ESCOLAR**

**Nombres y apellidos:**

-05:00

**DNI:**

# ANEXO N° 2

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PRT-017-PNAEQW- UOP-FOR-002** |
| **Versión Nº: 07** | **FORMATO DE FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DE****LOS CAE** | Página 1 de 1 |

### Fecha:

**ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presidenta/e** |  | **Secretaria/o** |  | **La/el Vocal 1** |  | **La/el Vocal 2** |  | **La/el Vocal 3** |  |

**MOTIVO DEL FORMATO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Conformación** |  | **Actualización** |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |

**FECHA DE NACIMIENTO GÉNERO DISCAPACIDAD17 LENGUA MATERNA18**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |

**F**

**M**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DNI19** |

**N° TELÉFONO DOMICILIO**

**CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nº TELÉFONO CELULAR/ PERSONAL (\_) OTRO (\_)** |

**CORREO ELECTRÓNICO**

**DIRECCIÓN ACTUAL**

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733- Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos. Declaro bajo juramento, no tener antecedentes penales ni policiales.

**INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR20**

**Nombres y apellidos: DNI:**