# ACTA DE REUNIÓN

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** | 01/02/2024 | **Inicio** | 12:00 a. m. | **Fin** | 03:00 p. m. | **Lugar** | COLEGIO ANDRES BELLO SEDES 1 - 2 |
| **Asunto** | ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE | | | | | | |
| **Asistentes** | **Se adjunta lista de asistencia.** | | | | | **Asistentes Externos** | LOCALIDAD PUENTE ARANDA |
| **Fecha de Elaboración** | 01/02/2024 | **Elaborado por** | JAIRO ARCHILA (Gestor Territorial SED - DBE - PAE) | | | **Próxima Reunión** | |

**Desarrollo de la Agenda**

Se realiza visita de acompañamiento a la entrega de complementos alimentarios en Modalidad **SIDAE** en la **Sedes 1 - 2, JU - JT - SE, Sede Entrega 1**, del Colegio **ANDRES BELLOS IED SEDES 1 – 2,** donde se evidenció lo siguiente:

1. **Comité de Alimentación Escolar (CAE):** La **IED** informa que por el momento no se ha realizado la conformación del **CAE** y el ultimo **CAE** fue realizado el día **18/10/2023**.
2. **Cantidad de Almuerzos:** Es acorde con lo autorizado y entregado por el asociado. **Tipo A = 0, Tipo B = 188, Tipo C = 296, Tipo D = 280, TOTAL ALMUERZOS RECIBIDOS = 764**. Sin cambios
3. **Certificado de lavado de tanques:** expedido con fecha **17/11/2023 - hasta 16/05/2024**. **Certificado de fumigación:** Expedido con fecha **17/11/2023 - hasta 16/05/2024**. **CERTIFICADOS VIGENTES.**
4. **Visita Secretaria Distrital de Salud SDS:** La **Gestora II** del **CE** de la **IED** informa que no ha recibido visita de secretaria de Salud.
5. **Formato Entrega Suministros:** Se observa debidamente diligenciado por **IED** y **Compensar**.
6. **Menú:** Acorde con lo autorizado. **Proteico:** Lentejas y Carne de Cerdo. **Cereal:** Arroz Blanco. **Energético:** Plátano Frito. **Verdura:** N/A. **Bebida:** Limonada de Panela. **Fruta:** Ciruela. **Postre / Otros:** N/A.
7. **Enlace PAE IED:** Conoce procedimiento para reporte de novedades a **Interventoría PAE.**
8. **Comedor Estudiantil (CE):** La **IED** cuenta con **CE** y se encuentra en óptimas condiciones sanitarias para ejecutar la distribución de alimentos requeridos para la operación.
9. **Tienda Escolar:** La sede de la **IED SI cuenta** con tienda escolar en funcionamiento.
10. La **IED** y el componente de Compensar realizan actividades que promueven las **Estrategias de Vida Saludable (EVS).**
11. La **IED** cuenta con Plan de Saneamiento Básico **PSB**
12. El asociado cumple con el **horario de entrega** del suministro en el horario acordado con la **IED.**
13. Se observa **menaje o equipos almacenados sin uso** o **averiados** en el **Comedor Escolar (CE). SI**. Horno combi, marca Patrica, placa No. Sed14490940, el cual se encuentra averiado y sin uso.
14. Se evidencia **ciclo de menús y ficha técnica PAE** publicadas en el área social de la **IED**.
15. El **Comedor Escolar (CE)** cuenta con **Materia Prima (MP)** para la producción del día **02/02/2024**.
16. **Comedor Escolar (CE)** cuenta con personal suficiente para la operación en sitio con **07 Auxiliares**.
17. El **Menaje** cuenta con las condiciones sanitarias de limpieza y se encuentran secos para el servicio.
18. El asociado cuenta con **EPPS** y los entrega a las **IED** cuando se requiere para el servicio de acuerdo con el anexo técnico.
19. La **facilitadora CUMPLE** con todas las obligaciones de acuerdo con el anexo técnico. **Gabriela Ramírez**, **Teléfono:** 3123553365
20. **Toma de cloro residual** efectuada el día **01/02/2024**, resultado de muestra **1,06 PPM OK**, el día **01/02/2024**, resultado de muestra **1,39 PPM OK**. Concepto: **CUMPLE**.
21. Se cuenta con **acompañamiento de interventoría: SI**. **Última visita de Interventoría** fue realizada el día **31/01/2024** por la interventora **Francy Tordecilla**, sin observaciones para la entrega del servicio. Se evidencia acta: **SI** en correcto diligenciamiento. Se generaron **0 repitencias**.

# ACTA DE REUNIÓN

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** | 01/02/2024 | **Inicio** | 12:00 a. m. | **Fin** | 03:00 p. m. | **Lugar** | COLEGIO ANDRES BELLO SEDES 1 - 2 |
| **Asunto** | ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE | | | | | | |
| **Asistentes** | **Se adjunta lista de asistencia.** | | | | | **Asistentes Externos** | LOCALIDAD PUENTE ARANDA |
| **Fecha de Elaboración** | 01/02/2024 | **Elaborado por** | JAIRO ARCHILA (Gestor Territorial SED - DBE - PAE) | | | **Próxima Reunión** | |

**Enlace PAE IED:** Julio Cesar Cerón, **Cargo:** Coordinador, **Teléfono:** 3163984216.
**Gestora II CE:** Andrea Pinzón, **Teléfono:** 3124010503.

**OBSERVACIONES**

**Infraestructura:** Se evidencia desprendimiento de pintura en el área de cocina caliente, pendiente lavamanos de accionamiento no manual en al baño, falta de pintura en cárcamos de la cocina.

**Personal: S/N.**

**Mobiliario: S/N.**

**Suministro: S/N.**

**OTROS: S/N.**

Yury Banilla.
NOMBRE: Yury Consuelo Banilla
CARGO: Rector

Paola Galindo
NOMBRE: Andrea Paola Galindo
CARGO: Gestor II

NOMBRE: JAIRO ARCHILA
CARGO: REFERENTE LOCAL SED - PAE