ACTA DE REUNIÓN

Fecha	05/02/2024	**Inicio**	08:00. a.m.	**Fin**	11:30 a.m.	**Lugar**	IED MARCO ANTONIO CARREÑO SILVA SEDE 1
Asunto	ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE						
Asistentes	Se adjunta lista de asistencia.					**Asistentes Externos**	LOCALIDAD PUENTE ARANDA
Fecha de Elaboración	05/02/2024	**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 **REFRIGERIOS** en la **Sede 1, JU – JM - PE, Sede Entrega 1**, del Colegio **MARCO ANTONIO CARREÑO SILVA IED SEDE 1** donde se evidenció lo siguiente:

1. Última visita de **Interventoría** fue realizada el día **02/02/2024** por la interventora **Lina Peña Torres**, sin observaciones para la entrega del servicio.
2. **Cantidad de Refrigerios:** Es acorde con lo autorizado y entregado por el Operador Logístico **UT NUTRIENDO FUTURO**. Jornada Única **(JU)** – Jornada Mañana **(JM)** - Primera Entrega **(PE)** **Tipo C = 224**, **Tipo D = 181**, **TOTAL = 405.** Cumple con **el horario de entrega** del suministro en franja horaria acordada con la **IED.**
3. **Menú Entregado:** Acorde con lo autorizado. **Tipo C: Proteico:** N/A. **Cereal:** Hojaldre con Bocadillo. **Bebida:** Leche Entera. **Fruta:** Manzana Verde. **Postre/Otros:** N/A. **Tipo D: Proteico:** N/A. **Cereal:** Hojaldre con Bocadillo. **Bebida:** Leche Entera. **Fruta:** Manzana Verde. **Postre/Otros:** N/A. Sin cambios, las fechas de vencimiento no presentan novedad.
4. **Certificado de lavado de tanques:** expedido con fecha **10/10/2023 – hasta 09/04/2024. Certificado de fumigación:** Expedido con fecha **11/10/2023 – hasta 10/04/2024. CERTIFICADOS VIGENTES.**
5. **Visita Secretaria Distrital de Salud SDS:** Realizada el día **20/09/2023** bajo el **Acta No. SB06C009195**. Concepto sanitario: **FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS**. Observaciones que no afectan la entrega del suministro.
6. El **Cuarto de Refrigerios (CR):** Se encuentra novedad de infraestructura (orificios) en el marco de la puerta de almacenamiento, se socializo con la **IED**, manifiestan que la novedad se subsanará cuando llegue el ordenador del gasto, por parte de la **IED** se tomarán medidas correctivas para lograr hermetizar al 100% y evitar ingreso de vectores, **CR** en óptimas condiciones sanitarias para ejecutar la operación.
7. El **Operador Logístico (OL)** entrega los **EPPS** a la **IED** de acuerdo con el anexo técnico.
8. **Comité de Alimentación Escolar (CAE):** La **IED** informa que aún no se ha realizado la conformación del **CAE**, el ultimo **CAE** fue realizado el día **05/09/2023.**
9. **Enlace PAE IED:** Conoce procedimiento para reporte de novedades a **Interventoría PAE.**
10. **Tienda Escolar:** La sede de la **IED** no cuenta con tienda escolar en funcionamiento.
11. **Formato Entrega Suministros:** Se observa debidamente diligenciado por **IED** y Compensar.
12. El **Operador Logístico (OL)** hace entrega de los refrigerios en canastillas, en bolsatina y debidamente rotulados.
13. La sede de la **IED** cuenta con el **Apoyo de Refrigerios de Compensar** el cual **CUMPLE** con todas las obligaciones de acuerdo con el anexo técnico. Buenas prácticas de manufactura **(BPM)**, realiza recepción, conteo, alistamiento, entrega y seguimiento al consumo de refrigerios. Realiza manejo y control de canastillas.
14. La **IED** y el componente de **Compensar** realizan actividades que promueven los **Estilos de Vida Saludable (EVS).**
15. La sede de la **IED** cuenta con el **Plan de Saneamiento Básico PSB.**
16. **Hora de recepción** del suministro: 07:40. a.m. **Hora de inicio** entrega del suministro: 08:30. a.m. **Hora Fin** de entrega de suministro. 09:00. a.m.
17. Se evidencia buena aceptación del menú: **SI.** No se presentó novedad en la entrega ni consumo.

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	05/02/2024	**Inicio**	08:00. a.m.	**Fin**	11:30 a.m.	**Lugar**	IED MARCO ANTONIO CARREÑO SILVA SEDE 1
Asunto	ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE						
Asistentes	Se adjunta lista de asistencia.					**Asistentes Externos**	LOCALIDAD PUENTE ARANDA
Fecha de Elaboración	05/02/2024	**Elaborado por**	JAIRO ARCHILA. (Gestor Territorial SED – DBE - PAE)			**Próxima Reunión**	

Enlace PAE IED: Lourdes Barrios Esquivel, **Cargo:** Coordinadora, **Teléfono:** 3103093485.
Apoyo Compensar: Mirleidys Ricardo, **Teléfono:** 3209340180

OBSERVACIONES

Infraestructura: Se evidencia que el **CR** con orificios en el marco de la puerta, en visita del día **25/09/2023** se recomendó a la **IED** solucionar esta novedad. En visita se recomienda nuevamente a la **IED**, hermetizar por completo el **CR**.

Personal: S/N

Refrigerios Calidad: S/N

OTROS: S/N

NOMBRE:
CARGO: Rectora (E)

NOMBRE:
CARGO: COORDINADORA.

NOMBRE: JAIRO ARCHILA
CARGO REFERENTE LOCAL SED - PAE