ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
EDUCACIÓN
Secretaría de Educación

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	14/02/2024	Inicio	11:00 a. m.	Fin	03:00 p. m.	Lugar	COLEGIO SIMON RODRIGUEZ IED SEDE 1
Asunto	ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE						
Asistentes	Se adjunta lista de asistencia.					Asistentes Externos	LOCALIDAD CHAPINERO
Fecha de Elaboración	14/02/2024	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 **Sede 1**, **JU - JT - PE**, **Sede Entrega 1**, del Colegio **SIMON RODRIGUEZ IED SEDE 1** 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 **03/10/2023**.
2. **Cantidad de Almuerzos:** Es acorde con lo autorizado y entregado por el asociado. **Tipo A = 0**, **Tipo B = 0**, **Tipo C = 150**, **Tipo D = 75**, **TOTAL ALMUERZOS ENTREGADOS EN LA OPERACIÓN = 225**. Sin cambios
3. **Certificado de lavado de tanques:** expedido con fecha **23/11/2023 - hasta 22/05/2024**. **Certificado de fumigación:** Expedido con fecha **27/12/2023 - hasta 26/06/2024**. **CERTIFICADOS VIGENTES.**
4. **Visita Secretaría Distrital de Salud SDS:** Realizada el día **17/11/2023** a la **IED** bajo el **Acta No. AS02E753938**. Concepto sanitario: **FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS.** Observaciones que no afectan la entrega del suministro.
5. **Formato Entrega Suministros:** Se observa debidamente diligenciado por **IED** y **Compensar**.
6. **Menú:** Acorde con lo autorizado. **Proteico:** Carne de Cerdo. **Cereal:** Arroz al Cilantro. **Energético:** Papa Campesina. **Verdura:** N/A. **Bebida:** Jugo de Guayaba. **Fruta:** Mandarina. **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 no 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. El asociado cumple con el **horario de entrega** del suministro en el horario acordado con la **IED.**
12. Se observa **menaje o equipos almacenados sin uso** o **averiados** en el **Comedor Escolar (CE). SI**. Se requiere dar baja de los siguientes elementos: 01 bandeja preformada azul, 1 cuchara de mesa, 01 balde. Adicionalmente 01 cambro que será recogido aprox la próxima semana.
13. Se evidencia **ciclo de menús y ficha técnica PAE** publicadas en el área social de la **IED**.
14. El **Comedor Escolar (CE)** cuenta con **Materia Prima (MP)** para la producción del día **15/02/2024**.
15. **Comedor Escolar (CE)** cuenta con personal suficiente para la operación en sitio con **07 Auxiliares**.
16. El **Menaje** cuenta con las condiciones sanitarias de limpieza y se encuentran secos para el servicio.
17. El asociado cuenta con **EPPS** y los entrega a las **IED** cuando se requiere para el servicio de acuerdo con el anexo técnico.
18. La sede de la **IED** cuenta con el **Plan de Saneamiento Básico PSB**.
19. El **facilitador CUMPLE** con todas las obligaciones de acuerdo con el anexo técnico. **Sergio Millán**, **Teléfono:** 3168054522
20. **Toma de cloro residual** efectuada el día **16/11/2023**, resultado de muestra **0,95 PPM OK**, el día **14/02/2024**, resultado de muestra **0,73 PPM OK**. Concepto: **CUMPLE**.
21. Se realiza **prueba sensorial** la cual **CUMPLE** con las **características organolépticas** para la entrega del servicio. Referente Local, Gestor I, Gestor II.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
EDUCACIÓN
Secretaría de Educación

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	14/02/2024	**Inicio**	11:00 a. m.	**Fin**	03:00 p. m.	**Lugar**	COLEGIO SIMON RODRIGUEZ IED SEDE 1	
Asunto	ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE							
Asistentes	**Se adjunta lista de asistencia.**					**Asistentes Externos**	LOCALIDAD CHAPINERO	
Fecha de Elaboración	14/02/2024	**Elaborado por**	JAIRO ARCHILA (Gestor Territorial **SED - DBE - PAE**)				**Próxima Reunión**	

22. Se cuenta con **acompañamiento de interventoría: NO**. **Última visita de Interventoría** fue realizada el día **12/02/2024** por la interventora **Mónica Becerra**, sin observaciones para la entrega del servicio. Se evidencia acta: **SI** en correcto diligenciamiento. Se generaron **10 repitencias**.

Enlace PAE IED: Clara Sierra, **Cargo:** Docente, **Teléfono:** 3153530538.
Gestora II CE: Cristian Quiceno, **Teléfono:** 3209076801.

OBSERVACIONES

Infraestructura: S/N.

Personal: Se evidencio que la **IED** designo un grupo de estudiantes de servicio social, quienes realizaron el acompañamiento en la distribución, cuidado del consumo y descomide de la operación. Nos acompañó en la operación el Docente Jesús Fonseca.

Mobiliario: S/N.

Suministro: S/N..

OTROS: S/N.

NOMBRE: Jesús Fonseca Pulido
CARGO: Rector.

NOMBRE: Cristian Camilo Quiceno
CARGO: Gestor II

NOMBRE: JAIRO ARCHILA
CARGO: REFERENTE LOCAL SED-PAE