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

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	15/02/2024	Inicio	12:00 a. m.	Fin	02:30 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	15/02/2024	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 BELLO 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 = 0, Tipo C = 442, Tipo D = 315, TOTAL ALMUERZOS ENTREGADOS = 757**. 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 Secretaría 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:** Pollo con Hogao. **Cereal:** Arroz campestre. **Energético:** Pure de papa criolla. **Verdura:** Ensalada Carioca. **Bebida:** Jugo de Piña. **Fruta:** N/A. **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**. **Equipo**: Baño de María, **marca:** Imanro, **placa No:** Sed14420934. Este equipo se encuentra averiado desde el día de hoy **15/02/2024**, se encuentra 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 **16/02/2024**.
16. **Comedor Escolar (CE)** cuenta con personal suficiente para la operación en sitio con **06 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: NO**. **Última visita de Interventoría** fue realizada el día **12/02/2024** por el interventor **Francy Tordecilla**, sin observaciones para la entrega del servicio. Se evidencia acta: **SI** en correcto diligenciamiento. Se generaron **85 repitencias**.

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

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	15/02/2024	Inicio	12:00 a. m.	Fin	02:30 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	15/02/2024	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: S/N.

Personal: Manifiesta la **Gestora II** del **CE**, que le faltan **2 personas** en su equipo de trabajo.

Mobiliario: Se evidencia dentro de la operación que el **Equipo**: Baño de María, **marca:** Imanro, **placa No:** Sed14420934. Este equipo se encuentra averiado desde el día de hoy **15/02/2024**, se encuentra sin uso.

Suministro: S/N.

OTROS: Se cuenta con visita de la **Profesional II de Calidad de Compensar**, la profesional **Jessica López** 3114840222

NOMBRE: José J. Ruiz V.
CARGO: coordinador

NOMBRE: JAIRO ARCHILA
CARGO: REFERENTE LOCAL SED-PAE

NOMBRE: Andrea Paola Galindo
CARGO: Gestor II