| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Distrital INTEGRACIÓN SOCIAL | **SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL** | Código |
| | **SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS** | Versión |
| | **COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN** | Fecha |
| | **INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN 1** | Página |

| **No. CONVENIO** | **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FINALIZACIÓN** | **No. DE ACTA** |
|---|---|---|---|---|
| 7592-2024 | 25 / 4 / 24 | 8 / 5 / 24 | 6 / 12 / 24 | 5 |

| **FECHA DE VERIFICACIÓN** | **HORA DE INICIO** | **PERIODO VERIFICADO** | **NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL** |
|---|---|---|---|
| 17 / 7 / 24 | 9:45 a. m. | JULIO 2024 | MAMA CANGURO |

| **DIRECCIÓN DEL JARDÍN INFANTIL** | **LOCALIDAD** |
|---|---|
| CALLE 89 BIS No 89A-67 | Engativá |

| **BARRIO** | **TELÉFONO** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
|---|---|---|
| CEREZOS | (601)7557523 | jimamacanguro@live.com<br>mamacanguro75@gmail.com |

**SEGUIMIENTO A LA COBERTURA Y A LA ASISTENCIA**

| **MATERNO** | **CAMINADORES** | **PÁRVULOS** | **PRE JARDÍN** | **JARDÍN** |
|---|---|---|---|---|
| 8 / 8 / 2 | 10 / 10 / 7 | 45 / 40 / 25 | 54 / 53 / 39 | NA / NA / NA |

**CALIFICACIÓN: SOBRESALIENTE (SOB) SATISFACTORIO (SAT) A MEJORAR (AM) DEFICIENTE (DEF) NO APLICA (NA) NO VERIFICADO (NV)**

**EN LAS CASILLAS MARQUE SI, NO, NA o NV SEGÚN CORRESPONDA**

**9.1.3.2 COMPROMISOS GENERALES DEL ASOCIADO**

| | | |
|---|---|---|
| **1 (C5)** | ¿Cumple con los compromisos adquiridos en virtud de la suscripción del Convenio, de conformidad con lo señalado en el Estudio Previo, Invitación Pública, Anexo técnico, Estándares de Calidad para la Educación Inicial del Servicio Jardines Infantiles Públicos y Privados del Distrito Capital, la normatividad vigente y las directrices impartidas por la SDIS? | **NA** |
| **A.** | ¿Implementó adecuadamente el protocolo administración de medicamentos en jardines infantiles públicos, privados y casas de pensamiento intercultural? | **NA** |

Observación: En el periodo verificado no se realizó administración de medicamentos.

| | | |
|---|---|---|
| **B.** | ¿Realizó adecuadamente el suministro de complemento nutricional o fórmulas terapéuticas en el jardín infantil, en caso de haber sido necesario? | **NA** |

Observación: En el periodo verificado no se realizó suministro de complemento nutricional o fórmulas terapéuticas.

| | | |
|---|---|---|
| **C.** | ¿La unidad operativa cuenta con el cronograma de mantenimiento correctivo y preventivo de mobiliario, dotación, elementos y equipos requeridos para la implementación del componente, y lo implementa? | **SAT** |
| **2 (C9)** | ¿Permite la labor de la Supervisión, así como la articulación con los equipos técnicos y administrativos de la SDIS con el propósito de orientar el cumplimiento de los Estándares de Calidad para la Educación Inicial del Servicio Jardines Infantiles Públicos y Privados del Distrito Capital, los procedimientos, instructivos, protocolos y demás referentes técnicos y normativos que soporten la atención? | **SAT** |
| **3 (C10)** | ¿Informa de manera inmediata y por escrito al Supervisor del Convenio, sobre las visitas practicadas al Jardín Infantil por los Entes de control? | **NA** |
| **4 (C12)** | ¿Cumple con la Resolución 967 de 2007, expedida por la Secretaría de Integración Social SDIS, por la cual se establece la gratuidad en el servicio de educación inicial en los Jardines Infantiles del Distrito Capital? | **SAT** |

## 9.1.3.2 COMPROMISOS COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN

**1(C1)** ¿Cuenta con el soporte de verificación y seguimiento a las atenciones en salud de las niñas y los niños relacionadas con la Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la asistencia a la consulta de valoración integral de la salud y el desarrollo, el esquema de vacunación y la valoración odontológica?

| | | SAT |
|---|---|---|
| **A.** | ¿Presenta el soporte de verificación y seguimiento de la Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud? | SI |
| **B.** | ¿Lleva el registro de la verificación de asistencia a la consulta de valoración integral de la salud y el desarrollo y a la valoración odontológica? | SI |
| **C.** | ¿Verifica que todos los niños y niñas que asisten al Jardín Infantil cuenten con las vacunas completas según el esquema del PAI correspondiente a su edad? | SI |
| **D.** | ¿ En caso de requerirse, establece por escrito un compromiso con el padre, madre o cuidador del niño o niña y realiza seguimiento del cumplimiento de estos? | SI |

**2 (C3)** ¿Realiza la notificación a la autoridad sanitaria en el caso de presentar cualquier brote o epidemia de enfermedades transmisibles en los niños, niñas y adultos participantes de las actividades del jardín infantil y sigue las instrucciones de la autoridad sanitaria?

| | | NA |
|---|---|---|
| **A.** | ¿Notifica al centro de salud más cercano, la ocurrencia de cualquier brote de acuerdo con el protocolo "Prevención, detección, notificación y manejo de brotes de enfermedades transmisibles en jardines infantiles públicos, privados y casas de pensamiento intercultural"? | NA |
| **B.** | ¿Atiende las recomendaciones que sean entregadas por la Secretaría Distrital de Salud, cuando sean informados brotes en el jardín infantil? | NA |

Complete la información del cuadro:

| Brote notificado Número de casos | Fecha y medio de notificación | Fecha de la visita autoridad sanitaria | Recomendaciones dejadas por la entidad de salud |
|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | Refieren que durante el periodo verificado no presentaron brotes u otras enfermedades. |

**3 (C15)** ¿Documenta, implementa y cuenta con la dotación necesaria para dar cumplimiento a las buenas prácticas de manipulación en los procesos de extracción, rotulado, conservación y suministro de leche humana en la 'Sala Amiga de la Familia Lactante?

| | | SAT |
|---|---|---|
| **A.** | ¿El espacio dispuesto para la operación de la Sala Amiga de la Lactancia Materna cuenta con la dotación mínima y en buen estado? (Se verifica mediante la lista de chequeo de la SAFL) | SI |
| **B.** | ¿Implementa prácticas sanitarias en los procesos de extracción, manipulación, rotulado, conservación y suministro de leche humana? | NA |
| **C.** | ¿La temperatura de la nevera de la SAFL presentó las temperaturas requeridas acorde con lo descrito en el Protocolo promoción, protección, apoyo y defensa de la lactancia materna en jardines infantiles públicos, privados y casas de pensamiento intercultural? | SI |
| **D.** | ¿Diligencia adecuada y oportunamente los Formatos control de la Sala Amiga de la Familia Lactante -SAFL? | SI |

Complete la información del cuadro:

| Formatos control de la SAFL | Fecha del último diligenciamiento |
|---|---|
| Formato control de temperatura de la nevera/congelador | 17 DE JULIO DE 2024 |
| Formato uso de la Sala Amiga-Ficha SIRBE | A la fecha no hay uso |

**4. (C4)** ¿Cuenta con los conceptos sanitarios emitidos por la autoridad sanitaria competente, del establecimiento educativo y del servicio de alimentos, los cuales deben ser favorable o favorable con requerimientos. Estos reposan en las instalaciones del Jardín Infantil y están a disposición de la SDIS o cualquier ente de control?

SAT

| | Número acta de Inspección Sanitaria | Concepto Sanitario | Fecha de emisión |
|---|---|---|---|
| **EE** | SB06N009001 | FAVORABLE | 18 DE OCTUBRE DE 2023 |
| **EPA** | AS02N 145607 | FAVORABLE | 11 DE AGOSTO DE 2023 |

Si el Jardín Infantil no cuenta con concepto sanitario, ¿Realiza autoevaluación en el primer mes de operación y aporta soporte de la solicitud de visita? NA

| | | | |
|---|---|---|---|
| EE? | NA | N° y fecha de radicado de la solicitud de visita para EE | NA |
| EPA? | NA | EPA | NA |

**5. (C5)** ¿Realiza Autoevaluación de las Condiciones Sanitarias de cada jardín infantil de manera semestral, de acuerdo con la normatividad sanitaria vigente, definiendo e implementando acciones sobre los incumplimientos y realizando seguimiento periódico para subsanarlos, en el marco de las orientaciones de los Estándares de Calidad para La Educación Inicial del Servicio Jardines Infantiles Públicos y Privados del Distrito Capital?

| | | SAT |
|---|---|---|
| **A.** | ¿Realiza la autoevaluación del cumplimiento de los requisitos normativos aplicando los formatos establecidos por la autoridad sanitaria para la verificación de condiciones sanitarias de establecimientos educativos y universidades y de preparación de alimentos? | SI |
| **B.** | ¿Define e implementa acciones sobre los incumplimientos y realiza seguimiento periódico para subsanarlos.? | SI |

| Hallazgos identificados | Acciones de mejora implementadas |
|---|---|
| Se realizó la autoevaluación para el día 28 de junio de 2024, se encontraron los siguientes hallazgos:<br>Área de preparación de alimentos: a la fecha no se evidenciaron hallazgos.<br>Área de establecimiento educativo: * Se deben realizar arreglos locativos debido a que presentan humedad en pares del baño del primer piso y salón de párvulos A y caminadores. *Se deben instalar en baños cintas antideslizantes. *Se debe cambiar en sifón en lavacolas que se encuentra deteriorado. *Ajustar el sistema de llave de la sala amiga que se encuentra con filtración. *Cambio de vidrio en el área de la sala amiga ya que se encuentra vencido.<br>*Cambio de tapa de sanitario del baño de primer piso que se encuentra rota. | Lo arreglos locativos, se tienen programados para realizar el día 19 de julio de 2024. |

**6 (C6)** ¿Realiza las acciones que sean necesarias para dar cumplimiento a las exigencias y recomendaciones registradas en las actas de inspección sanitaria e informa de manera inmediata al Supervisor del Convenio sobre las visitas que se adelanten por parte del Ente de Control?

SAT

| Exigencias de la Autoridad Sanitaria | Acciones para dar cumplimiento |
|---|---|
| Establecimiento Preparación de alimentos:<br>"Se evidencia pared de bodega con desgaste de recubrimiento.Se observa área de proceso con pérdida de continuidad, por falta de emboquillado".<br>"Se observa techo de área de proceso con desgaste de recubrimiento".<br>"Soportes incompletos del plan de capacitación continuo y permanente, no documenta evaluación de conocimientos de 2 manipuladoras en 2 sesiones y cronograma desordenado de acuerdo a planeado Vs ejecutado". | Se realizó el emboquillado en la pared del área de bodega.<br>Se realizó arreglo del techo del área de proceso.<br>Presentó soportes del plan de capacitación de las señoras manipuiladoras de alimentos. |

Fecha y medio en que se informó de la visita, al Supervisor del Convenio:

**EE:** **NA (Se reporta nuevamente 24.06.2024, debido a que no se encontró el reporte al supervisor de convenio)**

**EPA:** **NA (Se reporta nuevamente 24.06.2024, debido a que no se encontró el reporte al supervisor de convenio)**

**7 (C7).** ¿Documenta e implementa el Plan de Saneamiento establecido por la SDIS de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico y dando cumplimiento a la Resolución 2674 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o aquella que la modifique o sustituya y se mantienen a disposición de los entes de control y del talento humano que presta el servicio en el Jardín Infantil?

| | | AM |
|---|---|---|
| **A.** | ¿Presenta el Plan de Saneamiento del Jardín Infantil, documentado con cada uno de los programas, actualizado y ajustado a las características del jardín infantil y el mismo se encuentra a disposición de los entes de control y del talento humano? | SI |
| **B.** | ¿Realiza la socialización del Plan de Saneamiento del Jardín Infantil con el Talento Humano? | SI |
| **C.** | ¿Aplica el Plan de Saneamiento en los cuatro programas: Limpieza y desinfección, Desechos sólidos, Control integral de plagas y Abastecimiento de agua? | SI |
| **D.** | ¿Presenta diligenciado adecuadamente el formato de declaración de compromiso? | SI |

| | | |
|---|---|---|
| **E.** | ¿Diligencia adecuada y oportunamente los Formatos control del Plan de Saneamiento? | SI |

Complete la información del cuadro:

| Formatos control del Plan de Saneamiento | Fecha de diligenciamiento |
|---|---|
| Formato control de lavado y desinfección del tanque de agua potable - FOR-PSS-064 | 3 Y 10 DE FEBRERO DE 2024 |
| Formato seguimiento a soluciones desinfectantes - FOR-PSS-065 | 16 DE JULIO DE 2024 |
| Formato inspección de la presencia de plagas - FOR-PSS-066 | 2 DE JULIO DE 2024 |
| Formato inspección del manejo de elementos en desuso, embalajes y empaques - FOR-PSS-067 | 2 DE JULIO DE 2024 |
| Formato lista de verificación de limpieza, desinfección y acciones correctivas - FOR-PSS-068 | 16 DE JULIO DE 2024 |
| Formato registro del control de plagas - FOR-PSS-069 | 15 DE MAYO DE 2024 |
| Formato verificación de hermeticidad - FOR-PSS-071 | 2 DE JULIO DE 2024 |

| | | |
|---|---|---|
| **F.** | ¿Cuenta con la Tabla de Dosificación del Hipoclorito de Sodio (NaClO) con concentración al 5,25% y con un elemento medidor del desinfectante? | SI |
| **G.** | ¿Clasifica, señaliza y almacena de manera organizada, los elementos de aseo de acuerdo con la tabla de colores (la cual debe estar expuesta en un lugar visible)? | SI |
| **H.** | ¿Los insumos para el aseo cumplen con los requisitos mínimos de rotulado como nombre del producto, registro de lote, cantidad, fecha de fabricación y fecha de vencimiento, acorde con sus caraterísticas? | SI |
| **I.** | ¿Presenta las fichas técnicas y de seguridad de todos los productos químicos de aseo usados en la Unidad Operativa? | SI |
| **J.** | ¿Los aspersores de reenvase se encuentran limpios, desinfectados y rotulados con la indicación de uso, porcentaje de hipoclorito y fecha de preparación? | SI |
| **K.** | ¿Cuenta con los elementos mínimos de aseo institucional? (Se verifica mediante la lista de chequeo de aseo institucional.) | SI |
| **L.** | ¿La herramienta control de entradas y salidas de elementos de aseo institucional, se encuentra actualizada? | SI |
| **M.** | ¿Realiza el lavado y desinfección del tanque de almacenamiento de agua potable, mínimo cada seis meses? | SI |
| **N.** | ¿Presenta el certificado de lavado y desinfección de tanque(s) expedido por una empresa autorizada por la Secretaría Distrital de Salud, adjuntando el Concepto Sanitario Favorable de la empresa, la ficha técnica de los productos utilizados y la descripción del proceso realizado? | SI |

Número, tipo (aéreo o subterráneo) y capacidad de los tanques de almacenamiento de agua potable con que cuenta la Unidad Operativa:

**2 tanques aéreos x 600 litros**

Fecha de higienización de tanque(s) de almacenamiento de agua potable:

**3 de febrero de 2024 y 10 de febrero de 2024**

Nombre de la empresa que realizó la higienización de los tanques de almacenamiento de agua potable:

**Fumigaciones y Servicios HB cs. Favorable del 9 de febrero de 2024**

| | | |
|---|---|---|
| **Ñ.** | ¿ Las mallas o anjeos de protección, ubicadas en las ventanas que se comunican con el ambiente exterior, son en material no corrosivo y fácilmente removibles para su limpieza y desinfección? | SI |
| **O.** | ¿Los accesos y alrededores se mantienen limpios y ibres de acumulación de basuras? | SI |
| **P.** | ¿Los techos y paredes están libres de suciedad, condensación, formación de mohos y hongos y desprendimiento superficial? | NO |
| **Q.** | ¿Las uniones entre paredes, y entre estas y los pisos se encuentran en buen estado, impidiendo la acumulación de suciedad y permitiendo la adecuada limpieza y desinfección? | SI |

**8 (C8)** ¿ Documentó e implementó frente a los procesos de compra, transporte, recepción, almacenamiento, preparación y servido o distribución de alimentos, los procedimientos, documentos asociados en el sistema de gestión de la SDIS y la normatividad vigente?.

| | | **SAT** |
|---|---|---|
| **A.** | ¿Presenta un documento que incluye los procesos de compra, transporte, recepción, almacenamiento, preparación y servido o distribución de alimentos? | SI |
| **B.** | ¿Socializó todos los procesos contemplados en el documento de Buenas Prácticas de Manufactura con el talento humano y contó con el soporte? | SI |
| **C.** | ¿El proceso de recibo de los alimentos se ajusta a los días y horarios establecidos por grupo de alimentos, en el plan de compras? | SI |

| | | |
|---|---|---|
| **D.** | ¿Los productos de panadería, galletería y bizcochería están libres de bromato de potasio? | SI |
| **E.** | ¿La leche entera y derivados lácteos cumplen lo dispuesto en la norma y presentan uno de los procesos de higienización contemplados en las mismas? | SI |
| **F.** | ¿La leche utilzada en las preparaciones es líquida, de acuerdo con lo contemplado en en el analisis nutricional de la minuta de alimentos? | SI |
| **G.** | ¿Adquieren aceite vegetal de una sola fuente, cumpliendo con las condiciones generales dispuestas en la Resolución 2154 de 2012? | SI |
| **H.** | ¿Adquieren fruta entera para la elaboración de los jugos, asegurando el aporte de vitaminas y fibra? | SI |
| **I.** | ¿Los alimentos envasados y materias primas que se adquieren, cumplen con la normatividad de rotulado, según la Resolución 5109 de 2005 o aquella que la modifique o sustituya, y se encuentran con fecha de caducidad vigente? | SI |
| **J.** | ¿Implementan el método de rotación de alimentos PEPS (Primeros en Entrar – Primeros en Salir)? | SI |
| **K.** | ¿Los alimentos almacenados se encuentran rotulados de forma visible, con nombre del alimento, fecha de ingreso, fecha de egreso (frutas, verduras, tubérculos, raíces y plátanos), fecha de vencimiento y nombre del personal manipulador a cargo? | SI |
| **L.** | ¿Los alimentos se encuentran almacenados de manera ordenada evitando la contaminación cruzada? | SI |
| **M.** | ¿Presenta el Plan de Compras de alimentos, con el listado de alimentos con el que se dará cumplimiento de la Minuta de alimentos (minuta patrón, el ciclo de menús y el análisis del aporte nutricional), entrega de alimentos equivalentes a la jornada liberada y paquetes alimentarios de jornada pedagógica? | SI |
| **N.** | ¿Diligencia adecuada y oportunamente los Formatos control del Procedimiento Operación Entrega de Apoyos Alimentarios? | SI |

Complete la información del cuadro:

| Formatos control Procedimiento Operación Entrega de Apoyos Alimentarios | SÍ/NO |
|---|---|
| Formato Verificación transporte de alimentos | SI |
| Formato Recepción de alimentos | SI |
| Formato Control de entrada y salida de alimentos asociados | SI |
| Formato Preparación de alimentos | SI |
| Formato Control de temperatura de equipos de refrigeración | SI |
| Formato Control de temperatura de equipos de congelación | SI |
| Formato de registro, medición y control de descomide | SI |

| | | |
|---|---|---|
| **Ñ.** | ¿La cantidad de alimentos registrados en el formato de recepción de materias primas coincide con la cantidad de alimentos registrados en el formato de entradas y salidas de alimentos? | SI |
| **O.** | ¿Existe coincidencia entre los saldos de alimentos registrados en el formato de entradas y salidas de productos, con las existencias de la alacena? | SI |
| **P.** | ¿Presenta una Tabla de cálculo para la compra de alimentos que determine la cantidad de alimentos a solicitar a los proveedores y la cantidad de alimentos a retirar de la alacena, teniendo en cuenta la asistencia diaria de niños y niñas? | SI |
| **Q.** | ¿Mediante el uso de la tabla de cálculo y de acuerdo con la minuta del día y asistencia de participantes, define las cantidades de alimentos a utilizar? | SI |

Complete la información del cuadro:

| Verificación de la cantidad de alimentos, según la asistencia del día, Minuta Patrón, ciclos de menús y análisis nutricional | | | |
|---|---|---|---|
| Menú No. 18 | | Peso neto o bruto en gramos | |
| **Preparación** | **Alimento** | **Cantidad establecida** | **Cantidad existente** |
| CHOCOLATE | Chocolate | 516g | 750g |
| | Leche | 9930 ml | 12000ml |
| CROISSANT | Croissant | 1460g | 1930g |
| PERA | Pera | 5213g | 8330g |
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **R.** | ¿En el pre-alistamiento se realiza selección, clasificación e higienización de los alimentos, cuando así se requiera y previo al pelado, corte y picado, etc, según sea la preparación? | SI |
| **S.** | ¿En el pre-alistamiento los alimentos son seleccionados, alistados y empacados en bolsas de polietileno de un solo uso, transparentes cerradas y rotuladas ? | SI |
| **T.** | ¿En caso de realizar intercambios de alimentos, presenta los soportes establecidos en el Anexo Técnico? | NA |
| **U.** | ¿Antes de iniciar el servido de los alimentos cuenta con el plato modelo pesado para todos los grupos de edad presentes en la unidad operativa? | SI |
| **V.** | ¿En el servido de los alimentos utiliza utensilios aforados o estandarizados, con el fin de lograr exactitud en la medición de las porciones establecidas, optimizando los tiempos de servido? | SI |
| **W.** | ¿Para el servido de los alimentos utilizan utensilios (cucharas, cucharones, trinches, pinzas, pocillos para medir, vasos, etc.) y por ningún motivo sirven alimentos directamente con las manos? | SI |
| **X.** | ¿Cuándo el menú incluye fruta, queso o postres sin empaque primario se sirven en postreras o plato dulce? | SI |
| **Y.** | ¿La persona responsable del servido de alimentos conoce las porciones establecidas para cada grupo de edad? | SI |
| **Z.** | ¿El servido se realiza una vez los niños y las niñas se encuentran en el área de alimentación? | SI |
| **AA.** | ¿Realiza el servido de los alimentos en la vajilla indicada y con los cubiertos requeridos, limpios, secos y en buen estado, de tal forma que el consumo sea agradable e higiénico? | SI |
| **AB.** | Presenta soporte de las acciones para la prevención y manejo de desperdicios de alimentos en el servicio social: | SI |
| | **a.** Asiste el (la) Responsable del Jardín Infantil a la Jornada de Fortalecimiento Técnico: Socialización del Manual de buenas prácticas para la prevención de pérdidas y desperdicios de alimentos._____ | NA |
| | **b.** Realiza la socialización del Manual de buenas prácticas para la prevención de pérdidas y desperdicios de alimentos, al personal de servicios generales y manipuladores de alimentos. __socialización 4 de julio de 2024____ | SI |
| | **c.** Reporta el consolidado del Formato de Registro y control de desperdicio de alimentos producto de descomide. (el cual debe reportarse trimestralmente el tercer día calendario de los meses de enero, abril, julio, octubre, acorde a la vigencia del convenio) _____ | NA |

**9 C9.** ¿ Implementan el plan de educación sanitaria, principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura y prácticas higiénicas en manipulación de alimentos, según lo establecido en la Resolución 2674 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o aquella que la modifique o sustituya, dirigido al personal manipulador de alimentos. Realizar sensibilización a los profesionales de atención a la primera infancia sobre adecuadas prácticas de higiene durante el acompañamiento al momento de la alimentación?

| | | **SAT** |
|---|---|---|
| **A.** | ¿Las y los Colaboradores que participan en actividades de asistencia en los momentos de alimentación emplean las mismas condiciones como manipulador de alimentos, establecidas en la Resolución 2674 de 2013, demás normas vigentes y anexo técnico? | SI |
| **B.** | ¿El personal a cargo del servicio de alimentación cumple con las especificaciones referentes a la certificación médica y plan de capacitación en educación sanitaria? | SI |
| **C.** | ¿Realiza la sensibilización a los profesionales de atención a la primera infancia sobre adecuadas prácticas de higiene durante el acompañamiento al momento de la alimentación? | SI |

| **Certificación médica y plan de capacitación del personal a cargo del servicio de alimentación** | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre de manipuladores de alimentos** | **Certificado médico Fecha de emisión** | **Plan de capacitación Fechas de asistencia** | **Número de horas de capacitación** |
| MARTHA CECILIA GALICIA REINOSO | ENERO 20 DE 2024 | 14 DE MAYO DE 2024<br>7 y 21 DE JUNIO DE 2024 | 3.5 HORAS |
| YOLADYS GUILLEN PATIÑO | ENERO 20 DE 2024 | 14 DE MAYO DE 2024<br>7y 21 DE JUNIO DE 2024 | 3.5 HORAS |
| MARIA ISABEL MORA | ENERO 23 DE 2024 | 7 y 21DE JUNIO DE 2024 | 1.5 HORAS |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **D.** | ¿El personal manipulador de alimentos presenta estricta limpieza e higiene personal, uñas limpias, cortas y sin esmalte, y aplica las buenas prácticas higiénicas en sus labores, evitando la contaminación del alimento y de las superficies de contacto con este? | SI |

| | | |
|---|---|---|
| **E.** | ¿El uniforme del personal manipulador de alimentos cumple los requisitos establecidos en en Anexo Técnico? | SI |

| Verificación del uniforme del personal manipulador de alimentos | SI/NO |
|---|---|
| Es de color claro (excepto grises), con cierres o cremalleras y/o broches en lugar de botones u otros accesorios que puedan caer en el alimento; sin bolsillos ubicados por encima de la cintura. | SI |
| En caso de utilizarse delantal, este permanece atado al cuerpo en forma segura para evitar la contaminación del alimento y accidentes de trabajo. | SI |
| Presentan botas o calzado cerrado, impermeable, antideslizante sin tacón. | SI |
| Portan gorro o malla y tapabocas desechable. | SI |
| Se mantiene el cabello recogido y cubierto totalmente mediante mallas, gorro u otro medio efectivo. | SI |
| Usan guantes de caucho de diferente color, de acuerdo con el tipo de actividad y código de colores. | SI |
| No se usa maquillaje ni accesorios (anillos, aretes, reloj, joyas, accesorios, etc.) | SI |
| Las personas que ingresan al área de servicios de alimentos, cumplen con las medidas de protección y sanitarias descritas en el Anexo Técnico, la Resolución 2674 de 2013 y lo establecido en los estándares relacionados. | SI |

| | | |
|---|---|---|
| **F.** | ¿Cuenta con los elementos mínimos de aseo personal para colaboradoras y colaboradores? (Se verifica mediante la lista de chequeo de aseo personal para colaboradoras y colaboradores) | SI |
| **G.** | ¿La herramienta control de entradas y salidas de elementos de aseo personal para colaboradoras y colaboradores, se encuentra actualizada? | SI |

| | | |
|---|---|---|
| **10 (C10)** | ¿Contó con equipos, utensilios y menaje de acuerdo con la cobertura, en adecuado estado de funcionamiento, según lo establecido en los Estándares de Calidad para La Educación Inicial del Servicio Jardines Infantiles Públicos y Privados del Distrito Capital y en el Anexo técnico? | **SAT** |
| **A.** | ¿Los equipos y menaje se encuentran en adecuado estado de funcionamiento? | SI |
| **B.** | ¿Los equipos y utensilios están diseñados, construidos, instalados y mantenidos de manera que se evite la contaminación del alimento y facilite la limpieza y desinfección de sus superficies? | SI |
| **C.** | ¿Todas las superficies de contacto directo con el alimento poseen un acabado liso, no poroso, no absorbente y están libres de defectos, grietas, intersticios, material desprendible y otras irregularidades? | SI |
| **D.** | ¿Los utensilios y menaje de preparación, están almacenados en un lugar que los proteja del polvo, insectos y roedores? | SI |
| **E.** | ¿Dispone de equipo y menaje suficiente para el funcionamiento del servicio de alimentación? (Se verifica mediante las listas de chequeo de la dotación de elementos del servicio de alimentos) | SI |
| **F.** | ¿El inventario de dotación de elementos del servicio de alimentos, se encuentra actualizado? | SI |

| | | |
|---|---|---|
| **11 (C12)** | ¿Implementó las modificaciones en la alimentación suministrada en el jardín infantil, orientadas por el profesional en nutrición asignado por parte de la SDIS, para los casos de niñas o niños que lo requieran de acuerdo con las recomendaciones médicas debidamente soportadas? | **NA** |

Observación: Durante el peridodo verificado no se presentaron modificaciones alimentarias.

| | | |
|---|---|---|
| **12 C13.** | ¿Ejecutó la minuta de alimentos y sus documentos asociados: minuta patrón, el ciclo de menús y análisis del aporte nutricional, establecida por la Secretaría Distrital de Integración Social, la minuta de alimentos y sus documentos asociados: minuta patrón, el ciclo de menús y análisis del aporte nutricional, establecida por la Secretaría Distrital de Integración Social, teniendo en cuenta las recomendaciones nutricionales del profesional asignado al Jardín Infantil? | **SAT** |
| **A.** | ¿Mantiene disponible el ciclo de menús en un lugar visible para los padres y madres de familia, cuidadores y personal manipulador de alimentos? | SI |
| **B.** | ¿Suministra los alimentos máximo cada 3 horas entre cada tiempo de comida? | SI |
| **C.** | ¿Las profesionales y técnicas de atención a primera infancia, realizaron el acompañamiento y asistencia a las niñas y los niños durante los tiempos de alimentación? | SI |
| **D.** | ¿ Entrega alimentos equivalentes a las onces, cuando los niños y las niñas deben retirarse de la unidad operativa, antes de este tiempo de comida? | SI |

| Verificación del peso servido y de las características organolépticas de las preparaciones suministradas | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Menú No. 18** | **Grupo de edad: 1 A 2 años** | | **Población:34** | | | | | | **Muestra: 5** | | | |
| **Alimento o Preparación** | **Porción g/ml** | **Tolerancia g/ml** | **Gramajes obtenidos** | | | | | | **S*** | **O*** | **A*** | **T**** |
| HAMBURGUESA DE CARNE | 34g | 34 - 37g | 38 | 36 | 35 | 35 | 37 | | C | C | C | 74 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| ENSALADA DE CONCHITAS CON VERDURAS Y MAYONESA | 87g | 79 -95 g | 100 | 101 | 92 | 91 | 98 | | C | C | C | 17 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| PLATANO CON BOCADILLO | 22g | 20 -24g | 28 | 29 | 31 | 29 | 29 | | C | C | C | 68 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| JUGO DE MANGO | 120ml | 108 -132 ml | 132 | 138 | 141 | 135 | 132 | | C | C | C | 3,5 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Los datos de población y muestra están basados en el plan de muestreo simple (NTC-ISO 2859-1).
*Marcar C si es característico y NC para no característico, para S (sabor), O (olor) y A (aspecto)
**Registrar la temperatura de conservación de los alimentos (T), en grados centígrados.(conservación calientes => 60°C)
Para bebidas calientes tipo coladas debe asegurarse que el alimento se encuentre entre 40°C a 50°C para iniciar su distribución y consumo.

## 9.1.3.6 COMPROMISOS COMPONENTE TALENTO HUMANO

**1** ¿Garantiza la vinculación de las y los colaboradores requeridos? (la contratación se realizará acorde con la matrícula de niñas y niños) **NA**

| PERFILES | ESTRUCTURA DE COSTOS | TH REQUERIDO (MATRICULADOS) | TH CONTRATADO | ASISTENTES | REMPLAZOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Responsable del Servicio | 1 | 1 | 1 | 1 | NA |
| Profesionales en atención a la primera infancia | 8 | 8 | 8 | 8 | NA |
| Auxiliares de atención a la primera infancia | 2 | 2 | 2 | 2 | NA |
| Auxiliar de Servicios Generales | 3 | 3 | 3 | 3 | NA |
| Manipulador de Alimentos | 3 | 3 | 3 | 2 | NA |
| Auxiliar Administrativo | 1 | 1 | 1 | 1 | NA |

**1.1** ¿Garantiza la contratación del remplazo de las y los colaboradores que por fuerza mayor o caso fortuito durante dos (2) días hábiles de operación consecutivos no presten sus servicios en el Jardín Infantil, o de manera inmediata cuando se presente renuncia voluntaria. **NA**

SI [X] NO [ ]

**2** ¿Cuenta con oficio de verificación de perfiles para las y los colaboradores contratados? **SI**

**3** ¿Garantiza la dedicación exclusiva de las y los colaboradores del Jardín Infantil en la jornada de atención definida, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico? **SI**

**4** ¿Se encuentra el servicio de vigilancia en el jardín infantil? **SAT**

SI [X] NO [ ]

**SEGUIMIENTO A LA VERIFICACIÓN ANTERIOR**

5(5C) Subsanó la observación a mejorar debido a que realizó la autoevaluación del cumplimiento de los requisitos normativos aplicando los formatos establecidos por la autoridad sanitaria para la verificación de condiciones sanitarias de establecimientos educativos, pasados los 6 meses de la última visita, en establecimiento educativo y establecimiento de preparación de alimentos.
Continua observación a mejorar, debido a que aún continúan pendientes arreglos locativos como son:
Mantenimiento de paredes de baño del primer piso y de los salones de caminadores y párvulos A. Deterioro de cintas antideslizantes de salones. En área de sala amiga se identificó vidrio ruptura de vidrio y escape de agua en el lavamanos – lavaplatos que tienen en esa área.

**OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN**

Se realizaran los arreglos locativos el dia 19/07/2024.

**OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN**

7(7c) Continua observación a mejorar, debido a que aún continúan pendientes arreglos locativos como son:
Mantenimiento de paredes de baño del primer piso y de los salones de caminadores y párvulos A.
Deterioro de cintas antideslizantes de salones.
En área de sala amiga se identificó vidrio ruptura de vidrio y escape de agua en el lavamanos – lavaplatos que tienen en esa área.
Adicionalmente se evidenció otras cintas antideslizantes deterioradas en; baños, sala amiga de la familia lactante, pisos de cocina y algunos escalones de las escaleras.
Deterioro en juguetes, tapetes de los pisos de salones levantados, sillas mecedoras en estado de deterioro.

Se recomienda realizar los arreglos en las diferentes áreas observadas y mantenimiento a pisos.Realizar arreglos a las sillas.

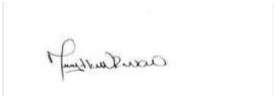
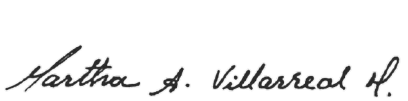
C9. Refieren que tienen programado para el 19 de julio, cualificación en plan de capacitación para el cumplimiento del programa de capacitación continuo.

**Esta visita generó requerimiento: SI ___ NO _X__**

Ninguno

**Anexos: documentos y número de folios**

1 planilla de asistencia del talento humano.
1 formato de novedad de ausencia de talento humano.
1 soporte de ausencia de talento humano.
2 soportes de renuncia

| | |
|---|---|
|  |  |
| **FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN** | **FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN** |
| **NOMBRE:** Mery Helen Ruiz Garzon | **NOMBRE: MARTHA ADRIANA VILLARREAL MÁSMELA** |
| **N° DE IDENTIFICACIÓN :** 53088689 | **N° DE IDENTIFICACIÓN : 52109956** |
| **CARGO:** PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO | **CARGO: APOYO A LA SUPERVISION** |
| | **HORA DE FINALIZACIÓN: 4:30 pm** |

| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Distrital INTEGRACIÓN SOCIAL | **SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL** | Código |
| | **SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS** | Versión |
| | **ANEXO VERIFICACIONES APOYO A LA SUPERVISIÓN** | Fecha |
| | **RELACIÓN AUSENCIAS DE TALENTO HUMANO** | Página |

| **No. CONVENIO** | **FECHA DE LA VERIFICACIÓN** | | | **NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL** |
|---|---|---|---|---|
| 7592-2024 | 17 | 7 | 2024 | MAMA CANGURO |

| NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | MOTIVO Y SOPORTE | REMPLAZO |
|---|---|---|---|
| MARTHA CECILIA GALICIA REINOSO | MANIPULADOR DE ALIMENTOS | MOTIVO: No asistió a la unidad operativa, debido a que se encuentra acompañando a el esposo en el hospital.<br>SOPORTE: Incapacidad y salida de la clinica del esposo.<br>TIEMPO: NA | NOMBRE DEL REEMPLAZO: NA<br>FECHA DE EMISIÓN DEL AVAL: NA<br>FECHA DE INGRESO: NA<br>ARL: NA<br>MOTIVO DE DESCUENTO: NA<br>DÍAS A DESCONTAR: NA<br>FECHA DE DESCUENTO: NA |
| MARIA YESENIA JOYA AGUILAR | PROFESIONAL EN ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA | MOTIVO: Presentó carta de renuncia el 5 de julio de 2024, ese día fue trabajado.<br>SOPORTE: carta de renuncia<br>TIEMPO: NA | NOMBRE DEL REEMPLAZO: Lili Pineda Moyano<br>FECHA DE EMISIÓN DEL AVAL: 12 de julio de 2024<br>FECHA DE INGRESO: 12 de julio de 2024<br>ARL: 11 de julio de 2024<br>MOTIVO DE DESCUENTO: NA<br>DÍAS A DESCONTAR: 4 días<br>FECHA DE DESCUENTO: 8,9,10 y 11 de julio 2024. |
| JADY MICHEL MORA | AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES | MOTIVO: Presentó carta de renuncia el 5 de julio de 2024, ese día fue trabajado.<br>SOPORTE: carta de renuncia<br>TIEMPO: NA | NOMBRE DEL REEMPLAZO: Angie Marcela Galindo Martínez<br>FECHA DE EMISIÓN DEL AVAL: 9 de julio de 2024<br>FECHA DE INGRESO: 11 de julio de 2024<br>ARL: 11 de julio de 2024<br>MOTIVO DE DESCUENTO: no contaba con el personal contratado.<br>DÍAS A DESCONTAR: 3 días<br>FECHA DE DESCUENTO: del 8, 9 y 10 de julio de 2024 |
| LILI PINEDA MOYANO | PROFESIONAL EN ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA | MOTIVO: Presentó carta de renuncia el 14 de julio de 2024, ese día fue trabajado.<br>SOPORTE: carta de renuncia<br>TIEMPO: NA | NOMBRE DEL REEMPLAZO: Viviana María Barrero Rodríguez<br>FECHA DE EMISIÓN DEL AVAL: 9 de julio de 2024<br>FECHA DE INGRESO:16 de julio de 2024<br>ARL: 16 de julio de 2024<br>MOTIVO DE DESCUENTO: NA<br>DÍAS A DESCONTAR: 1 día<br>FECHA DE DESCUENTO: 15 de julio de 2024. |
| | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN | FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN |
| NOMBRE: Mery Helen Ruiz Garzon | NOMBRE: Martha Adriana Villarreal Másmela |
| No. IDENTIFICACIÓN: 53088689 | No. IDENTIFICACIÓN: 52.109.956 |
| CARGO: PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO | CARGO: Apoyo a la supervisión |

méderi

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: **CC 93356095** | | |
| Paciente: **FERNANDO GIL** | | |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **17/03/1964** | | |
| Edad y género: **60 Años, MASCULINO** | | |
| Identificador único: **1762194-1** | Responsable: **NUEVA EPS SA** | |
| Ubicación: **6 NORTE ALA ORIENTE** | | Cama: **653B** |
| Servicio: **HOSPITALIZACION 6 PISO** | | |



## INFORMACIÓN DEL EGRESO

**Remitido a otra IPS:** No
**Tipo de servicio:** HOSPITALIZACION E INTERNACION
**Servicio:** HOSPITALIZACION 6 PISO
**Fecha y hora:** 17/07/2024 11:24

Médico que elabora el egreso:



CHARARI ROBAYO, MEDICINA GENERAL, Registro 1076653206, el 17/07/2024 11:25

Powered by CamScanner

**SEÑORES**

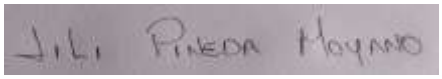
CORPORACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL HUMANO CORDIN

Yo Lili Pineda Moyano, identificada con cedula de ciudadanía 52.914.608 de Bogotá me dirijo a ustedes, con el fin de presentar mi renuncia voluntaria al cargo de profesional en atención a primera infancia que ejerzo desde el 12 de julio del 2024 hasta el 15 de julio del 2024 en el jardín infantil mama canguro.

El motivo de mi renuncia es por una mejor propuesta laboral

Me despido, no sin antes agradecerles por la oportunidad de aprender y crecer tanto a nivellaboral como profesional.

Cordialmente



**NOMBRE Lili Pineda Moyano**
**CC. 52.914.608 de Bogota**

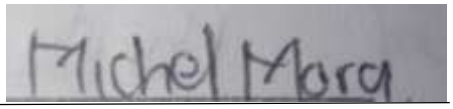
SEÑORES

CORPORACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL HUMANO CORDIN

Yo JADY MICHEL MORA, identificada con CC 1.1019.609.222 DE Bogota informo que trabajo hasta el día 05 de julio de 2024 por motivos personales

Agradezco su atención

Cordialmente



JADY MICHEL MORA

CC. 1.1019.609.222

SEÑORES

CORPORACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL HUMANO CORDIN

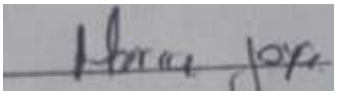
Yo María Yesenia Joya Aguilar, identificada con cedula de ciudadanía 1.032.396.651 de Bogotá me dirijo a ustedes con el mayor respeto y agradecimiento, con el fin de presentar mi renuncia voluntaria al cargo de profesional en atención a primera infancia que ejerzo desde enero del 2020 en el jardín infantil mama canguro.

El motivo de mi renuncia es relacionado a temas personales los cuales me exigen y demandan el mayor tiempo necesario para tomar dicha decisión.

Debido a que estoy teniendo en cuenta la importancia que el cargo requiere, trabajare hasta el día 05 de julio del presente año.

Me despido, no sin antes agradecerles por la oportunidad de aprender y crecer tanto a nivel laboral como profesional.

Cordialmente



MARIA YESENIA JOYA AGUILAR

CC. 1.032.396.651

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

## PLANILLA DE TALENTO HUMANO

**JARDÍN INFANTIL:** Mamá Canguro **CONTRATO:** 7592 - 2024 **FECHA:** Julio 17/2024

| Profesional responsable de servicio | Profesional en atención a la primera infancia | Auxiliar en atención a la primera infancia | Auxiliar administrativo | Auxiliar servicios generales | Manipulador de alimentos | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 | 2 | 1 | 3 | 3 | 18 |

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | CARGO | PERFIL | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Mery Helen Ruiz García | 53056059 | Responsable servicio | Lic. Preescolar | 3126402170 | |
| 2 | Viviana Barrero | 52982331 | Profesional en atención Primera Infancia | Lic. en Primera Infancia | 3043106811 | |
| 3 | Yolanda Galindo | 52146045 | Profesional en atención primera infancia | Lic en preescolar | 3112068076 | Yolanda G |
| 4 | ADRIANA ROMERO | 52330071 | PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA | LIC. EN PREESCOLAR | 3203761442 | ADRIANA |
| 5 | Liliana Vargas S. | 52458732 | Profesional en atención a la primera infancia | Lic. en preescolar | 3164521386 | Liliana Vargas |
| 6 | Diana Yolima Méndez Patón | 52.267.436 | Profesional en Atención a la Primera Infancia | Lic. en Preescolar | 3046341240 | Yolima Méndez |
| 7 | Mary Gloria García | 52983910 | Profesional en atención a la primera infancia | Lic en Preescolar | 3202112497 | Mary Gloria García |
| 8 | Jessica Tatiana Pavo | 1032430908 | Profesional en atención a la Primera Infancia | Lic Preescolar | 3112781150 | |
| 9 | Juliana Andrea Anaya | 52143499 | Profesional en atención a la primera infancia | Lic Preescolar | 3143409812 | Juliana Anaya |
| 10 | Laura Arrazola | 50927034 | Auxiliar en atención primera infancia | Técnica AIPI | 3024383321 | |
| 11 | Wendy Pineda | 1023924580 | Auxiliar en atención Primera Infancia | Técnica AIPI | 3128525260 | Wendy Pineda |
| 12 | Marcela Pérez P | 1'022.346.276 | Auxiliar Administrativa | Bachiller | 3233975628 | Marcela Pérez |
| 13 | Martha Díaz | 53069710 | Auxiliar de Servicios generales | Bachiller | 3222363103 | Martha Díaz |
| 14 | Ximena Mosquera | 53' 067.982. | Auxiliar Servicios Generales | Bachiller | 3144117181 | |
| 15 | Angie Galindo | 1014.214.739 | Auxiliar Servicios Generales | Bachiller | 3142040474 | Angie Galindo |
| 16 | Yolady's Guillen | 52467932 | P. alimentos | Bachiller | 3187772316 | |
| 17 | María Mora | 1018421641 | P. alimentos | Bachiller | 3112874475 | María Mora |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |



Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| | SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL | Código |
| | SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS | Versión |
| | COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN | Fecha |
| | INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN 2 | Página |

| No. CONVENIO | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | No. DE ACTA |
|---|---|---|---|---|
| 7592-2024 | 25 4 24 | 8 5 24 | 6 12 24 | 6 |

| FECHA DE LA VISITA | HORA DE INICIO | PERIODO VERIFICADO | NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL |
|---|---|---|---|
| 1 8 24 | 8:10 a. m. | JULIO 2024 | MAMA CANGURO |

| DIRECCIÓN DEL JARDÍN INFANTIL | LOCALIDAD |
|---|---|
| CALLE 89 BIS No 89A-67 | Engativá |

| BARRIO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|
| CEREZOS | (601) 7557523 | jcmamacanguro@gmail.com<br>mamacanguro75@gmail.com |

**SEGUIMIENTO A LA COBERTURA Y A LA ASISTENCIA**

| MATERNO | CAMINADORES | PÁRVULOS | PRE JARDÍN | JARDÍN |
|---|---|---|---|---|
| 8 8 5 | 10 7 7 | 45 39 23 | 54 53 39 | NA NA NA |

**CALIFICACIÓN: SOBRESALIENTE (SOB) SATISFACTORIO (SAT) A MEJORAR (AM) DEFICIENTE (DEF) NO APLICA (NA) NO VERIFICADO (NV)**

**EN LAS CASILLAS MARQUE SI, NO, NA o NV SEGÚN CORRESPONDA**

**9.1.3.2 COMPROMISOS GENERALES DEL ASOCIADO**

**13 (C2)** ¿Desarrolla las acciones descritas en el procedimiento de vigilancia nutricional, documentos asociados y demás orientaciones de la SDIS, y dispone de los equipos antropométricos de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico y la normatividad vigente? **AM**

**A.** Realiza la toma de peso y talla a las niñas y los niños participantes acorde con la periodicidad establecida, en el PROTOCOLO TOMA Y REGISTRO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS y hace entrega de la información a la subdirección local o carga la información en el Sistema Misional SIRBE de manera oportuna? **NA**

**B.** ¿Tiene disponible en el Jardín Infantil para su verificación, la clasificación antropométrica del estado nutricional de las niñas y los niños participantes, entregada por la SDIS? **SI**

Complete la información del cuadro:

| Fecha de realización de la toma masiva de peso y talla | Quién realizó la toma | Entregaron datos o cargaron en SIRBE (registre si entregaron datos o cargaron en SIRBE) | Fecha y medio de la entrega o Fecha de cargue en SIRBE | Cuenta con clasificación nutricional? | Cuándo la recibió | Toma a la que corresponde |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 Y 25 DE JULIO DE 2024 | Nutricionista de apoyo, Ana María Baquero | la recibió el técnico SIRBE , Edwart Pérez | 25 de julio de 2024 | SI | 27 DE MAYO | Enero a abril |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**C.** ¿Realizó la socialización a las familias y a las y los colaboradores del Jardín Infantil, de la clasificación antropométrica del estado nutricional de las niñas y los niños participantes, entregada por la SDIS? **NA**

**D.** ¿Facilitó el manejo y seguimiento de niñas y niños con riesgo nutricional, según las orientaciones de la SDIS y para las situaciones de malnutrición en las cuales se debe implementar la Ruta de Atención Integral a la Desnutrición y al exceso de peso, y demás procesos establecidos por la SDIS? **SI**

Complete la información del cuadro:

| Tipo de Riesgo nutricional o Situación de malnutrición | Número de niñas y niños | Activación de Ruta (Sí o No) Observaciones | Seguimiento |
|---|---|---|---|
| No reporta | NA | tiene 2 casos en seguimiento por sobrepeso -obesidad SAHELYS CAMILA BROCHERO OSPINO y JERONIMO ZAMUDIO MORA | 16 de julio de 2024 |
| | | | |
| | | | |

**E.** ¿Dispone de los equipos antropométricos en adecuado estado de funcionamiento, desde el comienzo de la ejecución del convenio acorde con lo establecido en la Resolución 2465 de 2016: "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Protección Social"? — NO

| Equipo | Aplica por grupos de edad? | Estado | Observaciones |
|---|---|---|---|
| Pesabebé | SI/NO | BUENO | Se realizó compra el 24 de julio de 2023 |
| Infantómetro | SI/NO | BUENO | Ninguna |
| Balanza de pie | SI/NO | BUENO | Se realizó compra el 24 de julio de 2023 |
| Tallímetro | SI/NO | BUENO | Ninguna |

El pesa bebé y balanza de pie, que presenten fecha de compra mayor a un año, deben contar con certificado de calibración emitido por laboratorios autorizados por el organismo nacional de acreditación de Colombia ONAC.

**15 (C15)** ¿Cuenta con el soporte del cargue de la información correspondiente al uso de la sala amiga de la familia lactante, en el Sistema Misional de la Secretaría Distrital de Integración Social a través del diligenciamiento de ficha SIRBE vigente. En caso de que el jardín infantil cuente con usuario y contraseña deberá garantizar el cargue, sino cuenta con estos, tendrá que articularse con la Subdirección Local para cargar esta información. Además, cargará la información solicitada a través de las herramientas virtuales que la Subdirección para la Infancia disponga para tal fin.?

| | | SAT |
|---|---|---|
| **A.** | Observación: Se realizó radicado el día 25 de junio de 2024, presenta firma del digitadir SIRBE Edward Perez Orjuela | SI |
| **B.** | ¿Realizó promoción del uso de la sala amiga de la familia lactante?_____. | NV |

**14. (C11)** ¿Adquirió los alimentos de primera calidad, en establecimientos habilitados y controlados por la autoridad sanitaria competente, que cuenten con concepto sanitario favorable, favorable con requerimientos o documento que haga sus veces, de los proveedores carnes (res, cerdo, pollo, pescado y vísceras), leche y derivados, panadería, abarrotes y huevos, de acuerdo con los parámetros establecidos en el Anexo Técnico?

| | | SAT |
|---|---|---|
| **A.** | ¿Presenta un listado de al menos 3 proveedores por grupo de alimentos, con los que se va a realizar la compra, que debe incluir como mínimo nombre del proveedor, persona de contacto, teléfono de contacto fijo y/o celular y/o correo electrónico del proveedor, cronograma de frecuencia de recibido donde se especifique días y horarios de entregas, estado del concepto sanitario, fecha de emisión, número de acta? | SI |
| **B.** | ¿Presenta copia de los Conceptos sanitarios favorables o favorables con requerimiento de los proveedores de carnes (res, cerdo, pollo, pescado y vísceras), leche y derivados, panadería, abarrotes y huevos? Para el caso de los proveedores de carnes, ¿cuenta con autorización sanitaria y concepto sanitario favorable o favorable con requerimientos vigente, emitido por la autoridad sanitaria, en caso de no contar con el concepto sanitario deberá presentar el soporte de la solicitud de inspección para la obtención del concepto. | SI |
| **C.** | ¿Presenta los conceptos sanitarios favorables o favorables con requerimiento de los vehículos transportadores de alimentos? Para el caso de los vehículos transportadores de carnes, ¿aporta concepto sanitario y autorización sanitaria vigente emitida por la autoridad sanitaria? | SI |
| **D.** | ¿Cuenta con las fichas técnicas de todos los alimentos emitidas por el fabricante o productor a excepción de frutas, verduras, raíces, tubérculos y plátanos? | SI |

**Ver Anexo: CONCEPTOS SANITARIOS PROVEEDORES Y VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS**

**15. (C14)** ¿Entregó oportunamente al padre, madre o cuidador, los alimentos equivalentes a la jornada pedagógica (el día anterior a la misma), jornada liberada (el mismo día), o paquete alimentario de contingencia (cuando aplique), de acuerdo con los parámetros establecidos en el Anexo Técnico, dejando registro físico y digital (Excel editable) de la entrega?

**NA**

**A.** ¿Entrega el Paquete Alimentario correspondiente a la Jornada Pedagógica que establezca la SDIS, a padres, madres o cuidadores, que se encuentren registrados en el formato de formalización de cupos, de las niñas y los niños que asistan o no a la unidad operativa. En caso de ser reclamado por una persona diferente a las mencionadas, presenta una autorización firmada por la madre, padre o acudiente?

NA

**Fecha de Entrega:** _18 DE JULIO DE 2024_____**Fecha de cubrimiento:** __19 DE JULIO DE 2024_____.

Complete la información del cuadro:

| **Verificación de la entrega de paquetes alimentarios Jornada Pedagógica** | | |
|---|---|---|
| **Nivel** | **Total de paquetes entregados a satisfacción** | **Observaciones** |
| Maternal | 7 | **Asistieron 5 y 2 inasistente** |
| Caminadores | 7 | **NA** |
| Párvulos | 39 | **Asistieron 27 y 12 inasistente** |
| Prejardín | 47 | **Asistieron 41 y 10 inasistente** |
| Jardín | NA | **NA** |
| Total | 100 | **NA** |

**B.** ¿La cantidad y calidad de los alimentos que conforman el Paquete Alimentario correspondiente a la Jornada Pedagógica, son acordes con lo establecido por SDIS?

NA

Marque con una **X** la opción de paquete alimentario entregado:

| **6 A 11 MESES** | | **1 AÑO A 2 AÑOS 11 MESES** | | **3 A 5 AÑOS** | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OPCIÓN 1: X** | **OPCIÓN 2:** | **OPCIÓN 1: X** | **OPCIÓN 2:** | **OPCIÓN 1: X** | **OPCIÓN 2:** |
| PRODUCTO/GRAMAJE | | PRODUCTO/GRAMAJE | | PRODUCTO/GRAMAJE | |
| PONQUÉ: 20 - 30 gr | GALLETAS DE LECHE: 13 - 16gr | AVENA UHT: 200ml | AVENA UHT: 200ml | LECHE LÍQUIDA ENTERA UHT 200ml | LECHE LÍQUIDA ENTERA UHT 200ml |
| MANZANA: 120 - 180 gr | GRANADILLA: 100 - 120 gr | MANZANA: 120 - 180gr | GRANADILLA: 100 - 120 gr | MANZANA: 120 - 180gr | MANDARINA: 100 - 120gr |
| GRANADILLA: 100 - 120 gr | MANZANA: 120 - 180gr | SPAGUETTIS: 250 gr | ARROZ: 250 gr | SPAGUETTIS: 250 gr | ARROZ: 250 gr |
| SPAGUETTIS: 250 gr | ARROZ: 250 gr | | | ARVEJA SECA: 500 gr | ARVEJA SECA: 500 gr |
| LENTEJAS: 500 gr | GARBANZO: 500 gr | | | | |

**C.** ¿En caso de presentar intercambios de alimentos en el paquete de la Jornada pedagógica, cuenta con la autorización correspondiente por parte del profesional nutricionista asignado al jardín infantil?

NA

**D.** ¿Presenta las planillas de entrega del Paquete Alimentario correspondiente a la Jornada Pedagógica de manera organizada y oportuna, completas y diligenciadas adecuadamente?

SI

**E.** ¿Entrega el día de la Jornada Liberada a padres, madres o cuidadores, que se encuentren registrados en el formato de formalización de cupos, de las niñas y los niños asistentes ese día, los alimentos equivalentes a lo programado para el tiempo de comida onces de acuerdo con los intercambios autorizados que establezca la SDIS. En caso de ser reclamado por una persona diferente a las mencionadas, presenta una autorización firmada por la madre, padre o acudiente?

SI

Fecha de Entrega:__5 DE JULIO DE 2024____Fecha de cubrimiento: _5 DE JULIO DE 2024_.

| **Verificación de la entrega de paquetes alimentarios Jornada Liberada** | | |
|---|---|---|
| **Nivel** | **Total de paquetes entregados a satisfacción** | **Observaciones** |
| Maternal | 7 | **Ninguna** |
| Caminadores | 10 | **Ninguna** |
| Párvulos | 31 | **Ninguna** |
| Prejardín | 43 | **Ninguna** |
| Jardín | NA | **NA** |
| Total | 91 | **Ninguna** |

| | | |
|---|---|---|
| **F.** | ¿La cantidad y calidad de los alimentos que conforman el Paquete Alimentario correspondiente a la Jornada liberada, son acordes con lo establecido por SDIS? | SI |
| **G.** | ¿En caso de presentar intercambios de alimentos en el paquete de la Jornada Liberada, cuenta con la autorización correspondiente por parte del profesional nutricionista asignado al jardín infantil? | SI |
| **H.** | ¿Presenta las planillas de entrega del Paquete Alimentario correspondiente a la Jornada Liberada de manera organizada y oportuna, completas y diligenciadas adecuadamente? | SI |
| **I.** | ¿Entrega a padres, madres o cuidadores, que se encuentren registrados en el formato de formalización de cupos, el Paquete Alimentario correspondiente en caso de presentarse una contingencia. En caso de ser reclamado por una persona diferente a las mencionadas, presenta una autorización firmada por la madre, padre o acudiente? | NA |

**Motivo de la suspensión del servicio:**

**No se presentó suspensión del servicio.**

| **Fecha de inicio: NA** | **Fecha de finalización: NA** | **Total días: NA** |
|---|---|---|

**Verificación de la entrega de paquetes alimentarios Jornada Contingencia**

| Nivel | Total de paquetes entregados a satisfacción | Observaciones |
|---|---|---|
| Maternal | NA | NA |
| Caminadores | NA | NA |
| Párvulos | NA | NA |
| Prejardín | NA | NA |
| Jardín | NA | NA |
| Total | NA | NA |

| | | |
|---|---|---|
| **J.** | ¿La cantidad y calidad de los alimentos que conforman el Paquete Alimentario correspondiente a la contingencia, son acordes con lo establecido por la SDIS? | NA |
| **K.** | ¿En caso de presentar intercambios de alimentos en el paquete establecido para la contingencia, cuenta con la autorización correspondiente por parte del profesional nutricionista asignado al jardín infantil? | NA |
| **L.** | ¿Presenta las planillas de entrega del Paquete Alimentario correspondiente a la Contingencia de manera organizada y oportuna, completas y diligenciadas adecuadamente? | NA |
| **M.** | ¿En los casos de inasistencias soportadas con incapacidad médica superior a 5 días, realizó entrega de paquete acorde con los días hábiles, previo aval del supervisor?. | NA |
| **N.** | Si cuenta con casos de niñas o niños que, de acuerdo con soporte del médico tratante, presenten alergias, intolerancias o restricciones, ¿suministran los paquetes alimentarios, de acuerdo con los intercambios indicados por el(la) profesional en Nutrición de la SDIS asignado al jardín infantil? | NA |

**VERIFICACIÓN DE CANTIDADES DE ALIMENTOS Y DE ELEMENTOS DE ASEO**

**1. VERIFICACIÓN DE ALIMENTOS**

| | | |
|---|---|---|
| **A.** | ¿El concepto sanitario favorable, favorable con requerimientos o documento que haga sus veces, de los establecimientos de los proveedores de alimentos corresponden al emisor de las facturas de compra? | SI |
| **B.** | ¿Las facturas de compra de alimentos, coinciden con los formatos de recepción de alimentos y de entradas y salidas de productos? | SI |
| **C.** | ¿Las cantidades de alimentos, reportadas en los formatos control de alimentos y facturadas son acordes con lo requerido? (analisis nutricional/ grupos de edad atendidos) | SI |
| **D.** | ¿Adquirió alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios locales y/o a productores de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales o a través de sus organizaciones? | SI |

**Proveedores:**

AGROPOLITANA, APROLECHO Y EVEREST

## 2. VERIFICACIÓN DE ELEMENTOS DE ASEO INSTITUCIONAL Y DE ASEO PERSONAL COLABORADORAS Y COLABORADORES

**A.** ¿Las facturas de compra de los elementos aseo institucional y de aseo personal para colaboradoras y colaboradores, coinciden con la herramienta control de entradas y salidas? SI

## 9.1.3.6 COMPROMISOS COMPONENTE TALENTO HUMANO

**1** ¿Garantiza la vinculación de las y los colaboradores requeridos? (la contratación se realizará acorde con la matrícula de niñas y niños) **NA**

| PERFILES | ESTRUCTURA DE COSTOS | TH REQUERIDO (MATRICULADOS) | TH CONTRATADO | ASISTENTES | REMPLAZOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Responsable del Servicio | 1 | 1 | 1 | 1 | NA |
| Profesionales en atención a la primera infancia | 8 | 8 | 8 | 8 | NA |
| Auxiliares de atención a la primera infancia | 2 | 2 | 1 | 1 | NA |
| Auxiliar de Servicios Generales | 3 | 3 | 3 | 3 | NA |
| Manipulador de Alimentos | 3 | 3 | 3 | 3 | NA |
| Auxiliar Administrativo | 1 | 1 | 1 | 1 | NA |

**1.1** ¿Garantiza la contratación del remplazo de las y los colaboradores que por fuerza mayor o caso fortuito durante dos (2) días hábiles de operación consecutivos no presten sus servicios en el Jardín Infantil, o de manera inmediata cuando se presente renuncia voluntaria. **SAT**

SI [X] NO [ ]

**2** ¿Cuenta con oficio de verificación de perfiles para las y los colaboradores contratados? **SAT**

**3** ¿Garantiza la dedicación exclusiva de las y los colaboradores del Jardín Infantil en la jornada de atención definida, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico? **SAT**

**4** ¿Se encuentra el servicio de vigilancia en el jardín infantil? **SAT**

SI [X] NO [ ]

## SEGUIMIENTO A LA VERIFICACIÓN ANTERIOR

Subsanó la observacion relacionada con la coincidencia de los formatos control con las facturas. Se relaciona cada uno de los productos correctamente.

Subsanó la observación a mejorar, debido a que las facturas se diligenciaron correctamente y se les colocó las unidades de medida a cada uno de lo productos.

Se realiza alcance al instrumento de verificacion del día 8 de junio de 2024, debido a que el número del IV corresponde al número 4 y no 2 como se colocó.

## OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN

El Equipo de pesa bebes y el equipo de balanza de pie se solicitaron a CORDIN y llegan en el transcurso de la semana

| OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN |
|---|
| **Se realizó intercambio del menu de la jornada liberada. Presentó correo de autorización, por parte de la nutricionista local.**<br><br>**13(2C). se evidenció observación a mejorar, debido a que no contaban con la certificación de calibración o el soporte de compra con fecha inferior a un año del pesabebés y de la balanza de pie.**<br><br>**Verificación de alimentos:**<br>**Prestar atención y recomendar al proveedor el adecuado registro en las facturas de los productos que se adquirieron.** |

| Esta visita generó requerimiento: SI____NO _X_ |
|---|
| Ninguno |

| Anexos: documentos y número de folios |
|---|
| 1 formato anexo de conceptos sanitarios de proveedores.<br>3 formatos de verificacion de compra de alimentos y elementos de aseo.<br>1 planilla de asistencia de talento humano.<br>1 formato de ausencia de talento humano |

| | |
|---|---|
| MERY HELEN RUIZ GARZON | Martha A. Villarreal M. |
| **FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN** | **FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN** |
| **NOMBRE: MERY HELEN RUIZ GARZON** | **NOMBRE: MARTHA ADRIANA VILLARREAL MÁSMELA** |
| **N° DE IDENTIFICACIÓN : 53088689** | **N° DE IDENTIFICACIÓN : 52109956** |
| **CARGO:PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO** | **CARGO: APOYO A LA SUPERVISION** |
| | **HORA DE FINALIZACIÓN:** |

| | | |
|---|---|---|
| | SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL | Código |
| | SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS | Versión |
| | COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN | Fecha |
| | ANEXO VERIFICACIÓN CANTIDADES ALIMENTOS Y ELEMENTOS DE ASEO | Página |

| No. CONVENIO | MES VERIFICADO | JARDIN INFANTIL |
|---|---|---|
| 7592-2024 | JULIO | MAMA CANGURO |

**VERIFICACIÓN DE COMPRA DE ALIMENTOS Y DE ELEMENTOS DE ASEO**

**1. VERIFICACIÓN DE ALIMENTOS**

**Reporte de cantidades de alimentos de acuerdo con la verificación:**

| PROVEEDOR | No.FACTURA | FECHA | ALIMENTOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| LUIS HORACIO CUBILLOS SAAVEDRA | FE 51674 | 26/06/2024 | HUEVOS | Se tiene en cuenta las cantidades y los alimentos relacionados. |
| LUIS HORACIO CUBILLOS SAAVEDRA | FE 51800 | 03/07/2024 | HUEVOS | Se tiene en cuenta las cantidades y los alimentos relacionados. |
| LUIS HORACIO CUBILLOS SAAVEDRA | FE51981 | 10/07/2024 | HUEVOS | Se tiene en cuenta las cantidades y los alimentos relacionados. |
| LUIS HORACIO CUBILLOS SAAVEDRA | FE52164 | 18/07/2024 | HUEVOS | Se tiene en cuenta las cantidades y los alimentos relacionados. |
| LUIS HORACIO CUBILLOS SAAVEDRA | FE 52335 | 26/07/2024 | LÁCTEOS | No se tiene en cuenta por compra superior a lo establecido:<br>40 huevos |
| AS DE PRODUCTORES DE LECHE | FVE 13941 | 02/07/2024 | LÁCTEOS | Se tiene en cuenta las cantidades y los alimentos relacionados. |
| AS DE PRODUCTORES DE LECHE | FVE 14052 | 09/07/2024 | LÁCTEOS | Se tiene en cuenta las cantidades y los alimentos relacionados. |

| | |
|---|---|
| | Martha A. Villarreal M. |
| FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN | FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN |
| NOMBRE: MERY HELEN RUIZ GARZON | NOMBRE: MARTHA ADRIANA VILLARREAL MÁSMELA |
| N° DE IDENTIFICACIÓN : 53088689 | N° DE IDENTIFICACIÓN : 52109956 |
| CARGO: RESPONSABLE DEL SERVICIO | CARGO: APOYO A LA SUPERVISION |

| | | |
|---|---|---|
| | SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL | Código |
| | SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS | Versión |
| | COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN | Fecha |
| | ANEXO VERIFICACIÓN CANTIDADES ALIMENTOS Y ELEMENTOS DE ASEO | Página |

| No. CONVENIO | MES VERIFICADO | JARDIN INFANTIL |
|---|---|---|
| 7592-2024 | JULIO | MAMA CANGURO |

**VERIFICACIÓN DE COMPRA DE ALIMENTOS Y DE ELEMENTOS DE ASEO**

**1. VERIFICACIÓN DE ALIMENTOS**

**Reporte de cantidades de alimentos de acuerdo con la verificación:**

| PROVEEDOR | No.FACTURA | FECHA | ALIMENTOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| AS DE PRODUCTORES DE LECHE | FVE 14182 | 18/07/2024 | LACTEOS | No se tiene en cuenta por compra superior a lo establecido:<br>6 queso doble crema x 416g |
| AS DE PRODUCTORES DE LECHE | FVE 14236 | 22/07/2024 | LACTEOS | Se tienen en cuenta las cantidades y los alimentos registrados. |
| AS DE PRODUCTORES DE LECHE | FVE 14457 | 30/07/2024 | LACTEOS | No se tiene en cuenta por ser una compra para preparar en el mes de agosto 2024.<br><br>28 leche entera x 1000 ml<br>1 yogurth entero x 2000g<br>1 yogurth entero x 4000g |
| EVEREST RM 8 | RM 2675 | 27/07/2024 | ABARROTES | No se tiene en cuenta por compra superior a lo establecido: 12 ponque x 30g<br>20 croissant x 20g<br>10 mogolla x 30g<br>1 pan tajado x 500g<br>20 pan hojaldrado x 30g |
| GILMER GOMEZ MONTEALEGRE<br><br>carnes el chato | FEV 67 | 28/07/2024 | CARNICOS | Se tienen en cuenta las cantidades y los alimentos registrados. |
| ASOCIACION MUTUAL AGROPOLITANA | FEV 2078 | 29/07/2024 | ABARROTES | No se tiene en cuenta por compra superior a lo establecido:<br><br>2 banano criollo x kilo<br>50 und de granadilla x 150g<br>1 ahuyama x kilo |
| E&E INSTITUCIONALES S.A.S | FE 95491 | 03/07/2024 | ABARROTES | Se tienen en cuenta las cantidades y los alimentos registrados. |

| | |
|---|---|
| | Martha A. Villarreal M. |
| FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN | FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN |
| NOMBRE: MERY HELEN RUIZ GARZON | NOMBRE: MARTHA ADRIANA VILLARREAL MÁSMELA |
| N° DE IDENTIFICACIÓN : : 53088689 | N° DE IDENTIFICACIÓN : 52109956 |
| CARGO: : RESPONSABLE DEL SERVICIO | CARGO: APOYO A LA SUPERVISION |

| | | |
|---|---|---|
| | SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL | Código |
| | SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS | Versión |
| | COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN | Fecha |
| | ANEXO VERIFICACIÓN CANTIDADES ALIMENTOS Y ELEMENTOS DE ASEO | Página |

| No. CONVENIO | MES VERIFICADO | JARDIN INFANTIL |
|---|---|---|
| 7592-2024 | JULIO | MAMA CANGURO |

**VERIFICACIÓN DE COMPRA DE ALIMENTOS Y DE ELEMENTOS DE ASEO**

**1. VERIFICACIÓN DE ALIMENTOS**

**Reporte de cantidades de alimentos de acuerdo con la verificación:**

| PROVEEDOR | No.FACTURA | FECHA | ALIMENTOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| E&E INSTITUCIONALES S.A.S | FE 95491 | 03/07/2024 | ABARROTES | (SE TIENE EN CUENTA LAS CANTIDADES Y ALIMENTOS REGISTRADOS) |
| E&E INSTITUCIONALES S.A.S | FE 95512 | 03/07/2024 | ABARROTES | Se tiene en cuenta las cantidades y los alimentos registrados. |
| E&E INSTITUCIONALES S.A.S | FE 96248 | 11/07/2024 | ABARROTES | No se tienen en cuenta por no ingresar en los formatos control:<br>3 pastas conchas doria x 500g<br>(No se tiene en cuenta por unidad de medida, leche nestogeno ) |
| | | | | no se tiene en cuenta por compra superior a lo establecido:<br>6 spaguetti la nieve x 250g<br>3 lentejas x 500g |
| E&E INSTITUCIONALES S.A.S | FE 96417 | 15/07/2024 | ABARROTES | Se tiene en cuenta las cantidades y los alimentos registrados. |
| E&E INSTITUCIONALES S.A.S | FE 96650 | 17/07/2024 | ABARROTES | Se tiene en cuenta las cantidades y los alimentos registrados. |
| E&E INSTITUCIONALES S.A.S | FE 97225 | 25/07/2024 | ABARROTES | Se tiene en cuenta las cantidades y los alimentos registrados. |

| | |
|---|---|
| | Martha A. Villarreal M. |
| FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN | FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN |
| NOMBRE: MERU HELEN RUIZ GARZON | NOMBRE: MARTHA ADRIANA VILLARREAL MÁSMELA |
| N° DE IDENTIFICACIÓN : 53088689 | N° DE IDENTIFICACIÓN : 52109956 |
| CARGO: RESPONSABLE DEL SERVICIO | CARGO: APOYO A LA SUPERVISION |

| | | |
|---|---|---|
| | SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL | Código |
| | SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS | Versión |
| | COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN | Fecha |
| | ANEXO VERIFICACIÓN CANTIDADES ALIMENTOS Y ELEMENTOS DE ASEO | Página |

| No. CONVENIO | MES VERIFICADO | JARDIN INFANTIL |
|---|---|---|
| 7592-2024 | JULIO | MAMA CANGURO |

**VERIFICACIÓN DE COMPRA DE ALIMENTOS Y DE ELEMENTOS DE ASEO**

**2. VERIFICACIÓN ELEMENTOS DE ASEO INSTITUCIONAL Y DE COLABORADORAS Y COLABORADORES**

**Reporte de cantidades de elementos de aseo de acuerdo con la verificación:**

| PROVEEDOR | No.FACTURA | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| **RAYSA** | **3050** | **2/07/2024** | Aseo Institucional.<br>No se tiene en cuenta 21 palos de colores, debido a que no ingresaron. |
| **RAYSA** | **3062** | **2/07/2024** | Aseo colaboradoras y colaboradores:<br><br>No se tiene en cuenta dos petos plásticos para las manipuladoras de alimentos, debido a que para ellas no está en el anexo. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| MERY HELEN RUIZ GARZON | Martha A. Villarreal M. |
| **FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN** | **FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN** |
| **NOMBRE:** MERY HELEN RUIZ GARZON | **NOMBRE: MARTHA ADRIANA VILLARREAL MÁSMELA** |
| **N° DE IDENTIFICACIÓN :** 53088689 | **N° DE IDENTIFICACIÓN : 52109956** |
| **CARGO:** PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO | **CARGO: APOYO A LA SUPERVISION** |

| | | |
|---|---|---|
| | **SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL** | Código |
| | **SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS** | Versión |
| | **ANEXO VERIFICACIONES APOYO A LA SUPERVISIÓN** | Fecha |
| | **RELACIÓN AUSENCIAS DE TALENTO HUMANO** | Página |

| **No. CONVENIO** | **FECHA DE LA VERIFICACIÓN** | | | **NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL** |
|---|---|---|---|---|
| 7592-2024 | 1 | 8 | 2024 | MAMA CANGURO |

| NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | MOTIVO Y SOPORTE | REMPLAZO |
|---|---|---|---|
| WENDY JOHANA PINEDA RAMOS | AUXILIAR DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA | MOTIVO: presentó renuncia el día 31 de julio de 2024, fue laborado<br>SOPORTE: carta de renuncia.<br>TIEMPO: NA | NOMBRE DEL REEMPLAZO: NA<br>FECHA DE EMISIÓN DEL AVAL: NA<br>FECHA DE INGRESO: NA<br>ARL: NA<br>MOTIVO DE DESCUENTO:No cuenta con remplazo<br>DÍAS A DESCONTAR: 1<br>FECHA DE DESCUENTO: 1 de agosto de 2024 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN | FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN |
| NOMBRE:MERY HELEN RUIZ GARZON | NOMBRE: Martha Adriana Villarreal Másmela |
| No. IDENTIFICACIÓN:53088689 | No. IDENTIFICACIÓN: 52.109.956 |
| CARGO: RESPONSABLE DEL SERVICIO | CARGO: Apoyo a la supervisión |

## MATRIZ DE CONCEPTOS SANITARIOS DE PROVEEDORES Y VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

| N | PROVEEDOR DE ALIMENTOS | NIT DEL PROVEEDOR | CONCEPTO SANITARIO | N°DE ACTA SANITARIA | FECHA DE EMISIÓN DEL CS | ALIMENTOS QUE PROVEE | PLACA | ALIMENTO QUE TRANSPORTA | CONCEPTO SANITARIO | FECHA DE EMISIÓN CS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | AS.DE PRODUCTORES DE LECHE | 900190963-6 | FAVORABLE | 7303-4242-23 | 20 DE OCTUBRE DE 2023 | LACTEOS | WZI 284 | LACTEOS | FAVORABLE | 3 DE OCTUBRE DE 2024 | PEQUEÑO PRODUCTOR |
| 2 | ASOCIACION MUTUAL AGROPOLITANA | 900539884-3 | FAVORABLE | AS06S001537 | 7 DE JULIO DE 2022 | FRUTAS VERDURAS | ETM 544 | FRUTAS VERDURAS | FAVORABLE | 8 DE ABRIL DE 2024 | PEQUEÑO PRODUCTOR |
| 3 | LUIS HORACIO CUBILLOS SAAVEDRA | 14240190-1 | FAVORABLE CON REQUERIMIENTO | AS06C003509 | 13 DE SEPTIEMBRE DE 2023 | HUEVOS | WGZ 953 | ABARROTES | FAVORABLE | 16 DE FEBRERO DE 2024 | |
| 4 | GILMER GOMEZ MONTEALEGRE | 83163076-0 | FAVORABLE CON REQUERIMIENTO | AS21S009858 | 8 DE FEBRERO DE 2024 | CARNICOS | WGO 881 | CARNICOS | FAVORABLE | 29 DE JULIO DE 2024 | Presentan inscripción para la autorización sanitaria, tanto de transporte como de establecimiento. |
| 5 | E&E INSTITUCIONALES S.A.S | 830115508-5 | FAVORABLE | AS06C003133 | 22 DE ENERO DE 2024 | ABARROTES | FST 343 | ABARROTES | FAVORABLE | 6 DE FEBRERO DE 2024 | |
| 6 | EVEREST RM 8 SAS | 901405570-4 | FAVORABLE | AS02C053442 | 15 DE MARZO DE 2023 | PANADERIA | LUL108 | PANADERA | FAVORABLE | 10 DE ENERO DE 2024 | PEQUEÑO PRODUCTOR |

JARDIN INFANTIL : MAMA CANGURO
FECHA DE VERIFICACION : 1 DE AGOSTO DE 2024

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

## PLANILLA DE TALENTO HUMANO

JARDÍN INFANTIL: Mamá Canguro CONTRATO: 7592 - 2024 FECHA: Agosto 1/2024

| Profesional responsable de servicio | Profesional en atención a la primera infancia | Auxiliar en atención a la primera infancia | Auxiliar administrativo | Auxiliar servicios generales | Manipulador de alimentos | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 | 2 | 1 | 3 | 3 | 18 |

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | CARGO | PERFIL | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Mely Helen Ruiz Garzón | 53088689 | Profesional Responsable servicio | Licenciada Preescolar | 3126462170 | |
| 2 | ADRIANA RAMIREZ | 52330077 | PROFESIONAL ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA | LICENCIATURA EN PREESCOLAR | 3205761462 | ADRIANA R |
| 3 | Yolanda Galindo Parra | 52146044S | Profesional atención en Primera Infancia | Licenciada en preescolar | 3112068010 | Yolanda G. |
| 4 | Liliana Vargas | 52458732 | Profesional atención en primera infancia | Licenciada en preescolar | 3164521386 | Liliana Vargas |
| 5 | Diana Yolima Méndez | 52.267436 | Profesional atención a la primera infancia. | Licenciada en Preescolar | 3046341240 | Yolima Mendez. |
| 6 | Viviana Barrero | 52982331 | Profesional atención en primera infancia | Licenciada en Preescolar | 3143106811 | |
| 7 | Juliana Andrea Anaya | 52443499 | Profesional en atención a la primera infancia | Licenciada en preescolar | 3143409812 | Juliana Anaya |
| 8 | Mary Gloria Garcia | 52982910 | Profesional en atención a la primera infancia | Licenciada preescolar | 3202112497 | Mary Gloria Garcia |
| 9 | Jessica Tatiana Pava | 1032480908 | Profesional en atención a la primera infancia | Licenciada Preescolar | 3112781130 | |
| 10 | Marcela Perez Rodriguez | 1022.346.276 | Auxiliar Administrativo | Bachiller | 3233975628 | Marcela Perez |
| 11 | Yomi Arroyave | 50922054 | Auxiliar atención primera infancia | TECNICO AIPI | 3024383321 | |
| 12 | Ximena Musuzú | 53'067.982. | Auxiliar S. Generales | Bachiller | 3144117481 | |
| 13 | Angie Galindo | 1014.214.739 | Auxiliar S. Generales | Bachiller | 3142040474 | Angie Galindo |
| 14 | Martha Dai | 53569710 | Auxiliar Seguridad | Bachiller | 3222363105 | Martha Diaz |
| 15 | Maria Mora | 1018421941 | Man. Alimentos | Bachiller | 3112874475 | Maria Mora |
| 16 | Martha Galicia | 28688.220 | Man. alimentos | Bachiller | 3223638969 | |
| 17 | yoladys Guillen | 57407932 | Man alimentos | Bachiller | 3187172316 | yoladys |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |



Powered by CamScanner