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

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	**19/09/2024**	**Inicio**	**11:00 a. m.**	**Fin**	**01:30 p. m.**	**Lugar**	**COLEGIO JORGE ELIECER GAITAN IED SEDE 4**
Asunto	**ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE**						
Asistentes	**Se adjunta lista de asistencia.**					**Asistentes Externos**	**LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS**
Fecha de Elaboración	**19/09/2024**	**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 **COMPLEMENTO REFORZADO** en la **Sede 4, JU - JT - SE, Sede Entrega 4,** del Colegio **JORGE ELIECER GAITAN IED SEDE 4** donde se evidenció lo siguiente:

1. Última visita de **interventoría** fue realizada el día **09/09/2024** por el interventor **Yohrly Herrera**, sin observaciones para la entrega del servicio.
2. **Cantidad de Refrigerios:** Es acorde con lo autorizado y entregado por el Operador Logístico **ALINNOVA.** Jornada Única **(JU)** – Jornada Tarde **(JT)** - Segunda Entrega **(PE)**, **Tipo C** = **250**, **TOTAL REFRIGERIOS RECIBIDOS** = **250**. Operador Logístico **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:** Rollo de Pollo con Queso. **Cereal:** N/A. **Bebida:** Néctar de Fruta. **Fruta:** Manzana. **Postre/Otros:** Queso Petit sabor a Melocotón. Sin cambios, las fechas de vencimiento no presentan novedad.
4. **Certificado de lavado de tanques:** expedido con fecha **11/05/2024** - hasta **11/11/2024**. **Certificado de fumigación:** Expedido con fecha **12/04/2024 -** hasta **12/10/2024**. **CERTIFICADOS VIGENTES.**
5. Última Visita **Secretaría Distrital de Salud SDS**: Realizada el día **14/05/2024** a la **IED** bajo el **Acta No. SB06N010129**. Concepto sanitario: **FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS**. Observaciones que no afectan la entrega del suministro.
6. El **Cuarto de Refrigerios (CR)**: El **CR** se encuentra 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 se realizó la conformación del **CAE**, el ultimo **CAE** fue realizado el día **29/05/2024**.
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, diligencia de forma cronológica la bitácora.
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**: 11:46. a.m. Hora de **inicio entrega** del suministro: 12:40. a.m. Hora **fin de entrega** de suministro: 01:00. p.m.
17. Se realiza **prueba sensorial** al componente alimentario **rollo de pollo con queso**, la cual **CUMPLE** con las características organolépticas para la entrega del servicio. Referente Local, Gestor II.
18. Se evidencia buena aceptación del menú: **SI**. no se presentó novedad en el consumo. **Repitencias:** ___.

Enlace PAE IED: Ivonne Rodríguez, **Cargo:** Coordinadora, **Teléfono:** 3005746709.
Apoyo PAE Compensar: Mónica González, **Teléfono:** 3006403119.

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

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	**19/09/2024**	**Inicio**	**11:00 a. m.**	**Fin**	**01:30 p. m.**	**Lugar**	**COLEGIO JORGE ELIECER GAITAN IED SEDE 4**
Asunto	**ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE**						
Asistentes	**Se adjunta lista de asistencia.**					**Asistentes Externos**	**LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS**
Fecha de Elaboración	**19/09/2024**	**Elaborado por**	**JAIRO ARCHILA** (Gestor Territorial **SED - DBE - PAE**)			**Próxima Reunión**	

OBSERVACIONES

Infraestructura: S/N.

Personal: S/N.

Suministro: S/N.

Refrigerios Calidad: S/N.

OTROS: S/N.

NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
CARGO:	CARGO:	CARGO: