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

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	**16/09/2024**	**Inicio**	**05:30 a. m.**	**Fin**	**07:00 a. m.**	**Lugar**	**COLEGIO RAFAEL BERNAL JIMENEZ SEDE 1**
Asunto	**ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE**						
Asistentes	**Se adjunta lista de asistencia.**					**Asistentes Externos**	**LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS**
Fecha de Elaboración	**16/09/2024**	**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 **SIDAE Desayuno** en la **Sede 1**, **JU - JM - PE**, **Sede Entrega 1**, del Colegio **RAFAEL BERNAL JIMENEZ IED SEDE 1,** donde se evidenció lo siguiente:

1. **Comité de Alimentación Escolar (CAE):** La **IED** informa que se realizó la conformación del **CAE** y el ultimo **CAE** fue realizado el día **16/08/2024**.
2. **Cantidad de Almuerzos:** Es acorde con lo autorizado y entregado por el asociado. **Tipo A** = **0**, **Tipo B** = **0**, **Tipo C** = **90**, **Tipo D** = **54**, **TOTAL DESAYUNOS ENTREGADOS** = **144**. Sin cambios
3. **Certificado de lavado de tanques:** expedido con fecha **17/06/2024** - hasta **16/12/2024**. **Certificado de fumigación:** Expedido con fecha **12/04/2024** - hasta **11/10/2024**. **CERTIFICADOS VIGENTES.**
4. **Visita Secretaría Distrital de Salud SDS:** Realizada el día **07/06/2023 bajo el Acta No. AS02E740304.** 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:** Huevo Cocinado. **Cereal:** Pan de Bono. **Energético:** N/A. **Verdura:** N/A. **Bebida:** Jugo de Mango. **Fruta:** Durazno. **Postre / Otros:** N/A. Sin Cambios.
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). NO**.
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 **17/09/2024**.
16. **Comedor Escolar (CE)** cuenta con personal suficiente para la operación en sitio con **08 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. **Carol Arévalo**, **Teléfono:** 3105266080.
20. **Toma de cloro residual** efectuada el día **20/08/2024**, resultado de muestra **0,57 PPM OK**, el día **10/09/2024**, resultado de muestra **0,39 PPM OK**. Concepto: **CUMPLE**.
21. Se cuenta con **acompañamiento de interventoría: SI**. **Última visita de Interventoría** fue realizada el día **16/09/2024** por el interventor **Oscar Cortés**, sin observaciones para la entrega del servicio. Se evidencia acta: **SI** en correcto diligenciamiento. Se generaron **00 repitencias**.

Enlace PAE IED: Alejandro Cortes, **Cargo:** Coordinador, **Teléfono:** 3108154636.
Gestora II CE: Kerly Zuleta, **Teléfono:** 3015611024.

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

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	**16/09/2024**	**Inicio**	**05:30 a. m.**	**Fin**	**07:00 a. m.**	**Lugar**	**COLEGIO RAFAEL BERNAL JIMENEZ SEDE 1**
Asunto	**ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE**						
Asistentes	**Se adjunta lista de asistencia.**					**Asistentes Externos**	**LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS**
Fecha de Elaboración	**16/09/2024**	**Elaborado por**	**JAIRO ARCHILA** (Gestor Territorial **SED - DBE - PAE**)			**Próxima Reunión**	

OBSERVACIONES

Infraestructura: S/N.

Personal: S/N.

Mobiliario: S/N.

Suministro: S/N.

OTROS: S/N.

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