| | | |
|---|---|---|
| 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 INSTRUMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 7628-2024 | 25 / 4 / 24 | 8 / 5 / 24 | 31 / 3 / 25 | 17 |

| FECHA DE VERIFICACIÓN | HORA DE INICIO | PERIODO VERIFICADO | NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL |
|---|---|---|---|
| 19 / 2 / 2025 | 10:45 a. m. | FEBRERO 2025 | ANTON PIRULERO |

| DIRECCIÓN DEL JARDÍN INFANTIL | LOCALIDAD |
|---|---|
| CALLE 70 # 109A 05 | ENGATIVA |

| BARRIO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|
| VILLA DEL DORADO | 601-8051811 | jardinantonpirulero@gmail.com |

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

| MATERNO | CAMINADORES | PÁRVULOS | PRE JARDÍN | JARDÍN |
|---|---|---|---|---|
| NA / NA / NA | 17 / 17 / 14 | 40 / 40 / 28 | 50 / 50 / 44 | 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? | |
| **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.
Se socializó el protocolo de almacenamiento de medicamentos el día 14 de febrero de 2025.

| | | |
|---|---|---|
| **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? | **SI** |
| **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? | **SI** |
| **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 | 19 DE FEBRERO DE 2025 |
| Formato uso de la Sala Amiga-Ficha SIRBE | 19 DE FEBRERO DE 2025 |

**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?

| | Número acta de Inspección Sanitaria | Concepto Sanitario | Fecha de emisión |
|---|---|---|---|
| **EE** | SB06N009639 | FAVORABLE | 12 DE MARZO DE 2024 |
| **EPA** | AS02N151609 | FAVORABLE | 4 DE DICIEMBRE 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cuenta con autoevaluación para EE? | NA | N° y fecha de radicado de la solicitud de visita para EE | NA |
| Cuenta con autoevaluación para EPA? | NA | N° y fecha de radicado de la solicitud de visita para 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 |
|---|---|
| PREPARACION DE ALIMENTOS:<br>Presentó Autoevaluación diligenciada del día 6 de junio de 2024, refieren que no tuvieron hallazgos.<br>Se realizó actualización el día 21 de enero de 2025<br><br>ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:<br><br>Presentò autoevaluaciòn, diligenciada el dìa 12 de septiembre de 2024. | No presentaron acciones de mejora.<br><br>No presentaron acciones de mejora. |

**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 PREPARACION DE ALIMENTOS.<br>"Presenta grietas entre unión redondeada y pared".<br>"Se presenta grietas entre techo y pared".<br>"Falta mantener caneca con bolsa en área de preparación. Y tapa para canecas de residuos orgánicos pequeña". | Se arreglaron las grietas de las uniones redondeadas.<br>Se arreglaron las grietas de techo y pared.<br>Presentan las canecas bolsa y tapas en general. |

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

**EE:** **NO APLICA (correo electrónico 12 de marzo de 2024)**

**EPA:** **NO APLICA (correo electrónico 5 de diciembre de 2023)**

**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?

| | | SAT |
|---|---|---|
| **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 | 2 DE NOVIEMBRE DE 2024 |
| Formato seguimiento a soluciones desinfectantes - FOR-PSS-065 | 18 DE FEBRERO DE 2025 |
| Formato inspección de la presencia de plagas - FOR-PSS-066 | 3 DE FEBRERO DE 2025 |
| Formato inspección del manejo de elementos en desuso, embalajes y empaques - FOR-PSS-067 | 3 DE FEBRERO DE 2025 |
| Formato lista de verificación de limpieza, desinfección y acciones correctivas - FOR-PSS-068 | 18 DE FEBRERO DE 2025 |
| Formato registro del control de plagas - FOR-PSS-069 | 1 DE NOVIEMBRE DE 2024 |
| Formato verificación de hermeticidad - FOR-PSS-071 | 3 FEBRERO DE 2025 |

| | | |
|---|---|---|
| **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:

**1 tanque aéreo x 1000 litros y 1 tanque aéreo x 500 litros**

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

**2 de noviembre 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 20 de marzo 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? | SI |
| **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. 13 | | Peso neto o bruto en gramos | |
| Preparación | Alimento | Cantidad establecida | Cantidad existente |
| COLADA DE FÉCULA DE MAÍZ | FÉCULA DE MAÍZ | 323 g | 425 g |
| | LECHE | 11640 ml | 15000 ml |
| MOGOLLA | MOGOLLA | 2580 g | 2755g |
| PERA | PERA | 6093 g | 7771 g |
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **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.__30 DE ENERO DE 2025___ | 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. __30 DE ENERO DE 2025_____ | 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.) _____6 DE DICIEMBRE DE 2024_____ | SI |

**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 |
|---|---|---|---|
| YOHANA ALEXANDRA BONILLA CASTRO | ENERO 18 DE 2025 | 14 DE MAYO DE 2024<br>7 Y 21 DE JUNIO DE 2024 * | 10 horas |
| CARMENZA MEDINA RAMIREZ | ENERO 7 DE 2025 | 14 DE MAYO DE 2024<br>7 Y 21 DE JUNIO DE 2024 | 10 horas |
| MARIA ANGELICA ACOSTA PARRA | DICIEMBRE 2 DE 2024 | 10 DE DICIEMBRE DE 2025 | 10 horas |
| *** MIRAR OBSERVACION | | | |
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **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** |

Para el periodo evaluado, no se observan niñas o niños con modificaciones.

| | | |
|---|---|---|
| **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. 13** | **Grupo de edad: 1 A 2 AÑOS** | | **Población: 42** | | | | | | **Muestra: 5** | | | |
| **Alimento o Preparación** | **Porción g/ml** | **Tolerancia g/ml** | **Gramajes obtenidos** | | | | | | **S*** | **O*** | **A*** | **T**** |
| GARBAZOS | 22g | 20-24g | 28 | 22 | 24 | 24 | 22 | | C | C | C | 75º |
| ARROZ CON FIDEOS | 35g | 32 - 38g | 39 | 38 | 42 | 39 | 40 | | C | C | C | 78° |
| ZANAHORIA CON TOMATE Y PEREJIL | 25g | 23 -27g | 27 | 25 | 29 | 30 | 26 | | C | C | C | 6º |
| PLATANO MADURO CON CANELA COCIDO | 30g | 27 -33 g | 27 | 28 | 29 | 27 | 32 | | C | C | C | 78º |
| JUGO DE MORA | 120 cc | 108 -132 cc | 130 | 134 | 125 | 140 | 136 | | C | C | C | 5º |
| CARNE DE CERDO, GUISADA | 29g | 29 - 31 g | 32 | 29 | 29 | 30 | 30 | | C | C | C | 68º |

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) **AM**

| 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 | 7 | NA |
| Auxiliares de atención a la primera infancia | 2 | 1 | 1 | 2 | NA |
| Auxiliar de Servicios Generales | 3 | 2 | 2 | 2 | NA |
| Manipulador de Alimentos | 3 | 2 | 2 | 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 [ / ] 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**

1C5. Subsanó la observacion del periodo anterior presentando el cronograma de prevencion de los equipos.
C8. Subsanó la observación donde se evidenció que las señoras de personal de alimentos utilizando los elementos correspondientes para la toma de alimentos, realizan lavados de manos en cada cambio de actividad. Se recomienda reforzar los procesos de buenas prácticas, se realizó cualificación 3,4 y5 de febrero de 2025.
C10. Se evidencia balanza de alimentos en buen estado.

**OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN**

Estamos de acuerdo con el contenido del acta.
Frente a la inasistencia de la señora de servicios alimentarios Carmenza Medina, se le informó que debía hacer llegar el soporte correspondiente al acompañamiento a su padre, o de lo contrario se realizaría el descuento.

**OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN**

C7. CUENTAN CON EL ACTA DE SOCIALIZACION DE PLAN DE SANEAMIENTO CON EL TALENTO HUMANO EL DÍA 18.01.2025.
C8 C. PRESENTARON EL ACTA DE SOCIALIZACION DE LOS INSTRUCTIVOS DE BUENAS PRACTICAS EL DÍA 18 .01.2025

* C9. PLAN DE CAPACITACION
2 DE AGOSTO DE 2024, TEMA SISTEMAS DE CONSERVACION DE ALIMENTOS.
6 DE SEPTIEMBREE DE 2024, TEMA TIPOS DE CONTAMINACION Y PREVENCION DE LA CONTAMINACION CRUZADA.
4 DE OCTUBRE DE 2024, TEMA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS.
1 DE NOVIEMBRE DE 2024, TEMA MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS EN EL CONTROL DE PLAGAS
3 DE FEBRERO DE 2025, REFUERZO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION.

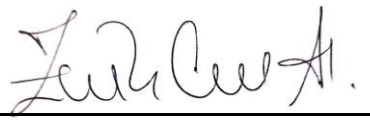
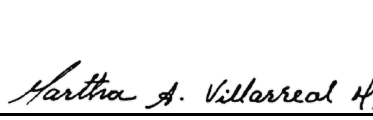
Talento humano; se recomienda contar con el talento humano de acuerdo con la estructura de costos.

**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 talento humano.
2 soportes de inasistencia

| | |
|---|---|
|  |  |
| **FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN** | **FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN** |
| **NOMBRE: ZAIDA CUERVO A.** | **NOMBRE: Martha Adriana Villarreal Màsmela** |
| **N° DE IDENTIFICACIÓN : 52220104** | **N° DE IDENTIFICACIÓN : 52109956** |
| **CARGO: RESPONSABLE** | **CARGO: APOYO A LA SUPERVISION** |
| | **HORA DE FINALIZACIÓN: 4:15 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** |
|---|---|---|---|---|
| 7628-2024 | 19 | 2 | 2025 | ANTON PIRULERO |

| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **CARGO** | **MOTIVO Y SOPORTE** | **REMPLAZO** |
|---|---|---|---|
| DIANA OPAOLA GOMEZ VARGAS | PROFESIONAL DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA | MOTIVO: SE ENCUENTRA ENFERMA<br>SOPORTE: Incapacidad por 3 días, incia el 19.02.2025 al 21.02.2025<br>TIEMPO: 3 días | 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 |
| CARMENZA MEDINA RAMIREZ | PERSONAL SERVICIOS GENERALES | MOTIVO: Refieren que se ausentó por realizar acompañamiento al padre ue se encontraba en una cita medica.<br>SOPORTE: presenta soporte de autorizació del servicio, más no un soporte de asistencia.<br>Debido a que el soporte no es claro, se da plazo de 2 días, para sustentar | 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 |
| | | la ausencia de lo contrario se realizará descuento . | |
| | | MOTIVO:<br>SOPORTE:<br>TIEMPO: | NOMBRE DEL REEMPLAZO:<br>FECHA DE EMISIÓN DEL AVAL:<br>FECHA DE INGRESO:<br>ARL:<br>MOTIVO DE DESCUENTO:<br>DÍAS A DESCONTAR:<br>FECHA DE DESCUENTO: |
| | | MOTIVO:<br>SOPORTE:<br>TIEMPO: | NOMBRE DEL REEMPLAZO:<br>FECHA DE EMISIÓN DEL AVAL:<br>FECHA DE INGRESO:<br>ARL:<br>MOTIVO DE DESCUENTO:<br>DÍAS A DESCONTAR:<br>FECHA DE DESCUENTO: |

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACION | FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACION |
| NOMBRE:ZAIDA CUERVO A. | NOMBRE: MARTHA ADRIANA VILLARREAL MASMELA |
| No. IDENTIFICACION: 52220104 | No. IDENTIFICACION: 52109956 |
| CARGO: RESPONSABLE | CARGO: APOYO A LA SUPERVISION |

05-02-2019 F-5642

# Remision de Incapacidad

Tipo Remisión: Hospitalaria

Nro. Incapacidad: 2308165 Fecha de Expedición: 2025-02-19 12:07:31 PM Ciudad: BOGOTA

## Datos del usuario

| Paciente | Identificación | Tipo de usuario |
|---|---|---|
| DIANA PAOLA GOMEZ VARGAS | CC 52913785 | COTIZANTE |
| **Empresa donde labora** | **ID de la empresa** | |

## Datos Incapacidad/Licencia

| Origen | Dias solicitados | Dias en letras |
|---|---|---|
| Enfermedad general | 3 | TRES DIAS |
| **Diagnostico** | **Fecha inicial** | **Fecha final** |
| J00X | 19/02/2025 | 21/02/2025 |
| **Prorroga** | **Días acumulados** | |
| NO | 0 | |
| **Observación** | | |

## Datos del Medico o IPS Prestador del Servicio

| Nombre profesional | Identificación | Reg. profesional | Especialidad |
|---|---|---|---|
| GONZALEZ ESCOBAR MARGIA ALEXANDRA | | 01127/98 | MEDICINA GENERAL |
| **Razon social del prestador** | **NIT** | **Ciudad del prestador** | **SGSSS** |
| FLORESTA | 8300035647 | BOGOTA | 110010559704 |

## Notas aclaratorias:

-

Profesional: GONZALEZ ESCOBAR MARGIA ALEXANDRA - Registro Médico 01127/98 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 2025-02-19 - Hora: 12:07 PM - GONZALEZ ESCOBAR MARGIA ALEXANDRA

Powered by CamScanner

DUMIAN

# AUTORIZACION DE SERVICIOS

FECHA 19/02/2025 ENTIDAD NUEVA EPS

PACIENTE MISAEL MEDINA IDENTIFICACION 3043246

| | |
|---|---|
| PROSTATECTOMIA ABIERTA | 602002 |
| PLICATURA DE ESFINTER VESICAL | 901236 |
| | 903895 |

DIAGNOSTICO N40X

PROFESIONAL: EUGENIO ANGELO CASTRO ALVAREZ
CC - 71724309 - T.P 05-1018-97
ESPECIALIDAD - UROLOGO

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

## PLANILLA DE TALENTO HUMANO

JARDÍN INFANTIL: Anton Pirulero CONTRATO: 7628 - 2024. FECHA: febrero 19 /2025.

| 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 | Laura Cuervo | 52220104 | Responsable. | Especialista | 3168763342 | |
| 2 | Sara Fernanda Cruz T | 1076079348 | P. atención a P. infancia | Lic. en Pedagogía infantil | 3233004436 | |
| 3 | Angie Johanna Montoya | 1019171878 | P. atención a Primera Infancia | Lic. Educación Infantil | 3228142979 | |
| 4 | Lorena Montañez Mora | 1015444931 | Profesional en atención a Primera infancia | Lic. Pedagogía infantil | 3024449186 | |
| 5 | Vanessa Jaramillo Guzmán | 1033794433 | Profesional en Atención a la Primera Infancia | Lic. educación Infantil | 3134623424 | |
| 6 | Yuma Fernanda Urbina Ramírez | 1074184628 | Profesional en atención a la primera infancia | Lic en Lengua Castellana y comunicación | 3142103239 | |
| 7 | Yenny Paola Leiva Cairo | 1014764970 | Profesional en atención a la Primera Infancia | Licenciada en Educación Infantil | 3144639738 | |
| 8 | Yenifer Vanessa Forero B | 1030626809 | Profesional en atención a la primera infancia | Lic en Pedagogía infantil | 3102852193 | |
| 9 | Gloria del Pilar Urrea | 39568638 | Auxiliar de atención a primera infancia | Técnica | 3144644183 | Gloria del P. Urrea |
| 10 | Ivon Marina Sánchez | 52913996 | Auxiliar en la Prima Infancia | Técnica | 3214672293 | Ivon Marina S. |
| 11 | Angie Cardenas | 1074265420 | Auxiliar Administrativo | Bachiller | 3208845855 | Angie C. |
| 12 | Yeny Angelina Daza | 1032384724 | Auxiliar servicios Generales | Bachiller | 3015534450 | Yeny Daza |
| 13 | Leidy Quintero Gomez | 1079710617 | Auxiliar Servicios Generales | Bachiller | 3206092021 | Leidy Quintero |
| 14 | Ana Mercedes Alfonso | 52799140 | Auxiliar servicios Generales | Bachiller | 3214557261 | Ana Alfonso |
| 15 | Yohana Bonilla | 65796613 | P. Alimento | Bachiller | 3134881394 | Yohana B |
| 16 | Angelica Acosta Parra | 52917352 | P. Alimentos | Bachiller | 3123075714 | Angelica Acosta P. |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |



Powered by CamScanner