

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL</p>	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL										Código: FOR-PSS-249			
	PROCEDIMIENTO OPERACIÓN ENTREGA DE APOYOS ALIMENTARIOS EN LOS SERVICIOS SOCIALES										Versión: 0			
	FORMATO ACOMPAÑAMIENTO DE LA OPERACIÓN DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN SEMANAL										Fecha: Memo INT 2019026406 - 31/05/2019			
										Página: 1 de 4				
SUBDIRECCION LOCAL: Cajicá					SERVICIO SOCIAL: Servicio integral de bienestar y cuidado para personas mayores.					UNIDAD OPERATIVA: Comunidad de Cuidado Hogar Clarita Santos				
DIRECCIÓN: Cra 7 B ESTE # 16-100										TELÉFONO: 8661619				
OPERADOR: Congregación Siervas de Cristo Sacerdote														
1. APOORTE ALIMENTARIO		NIVEL DE CUMPLIMIENTO												OBSERVACIONES
		Mes: Septiembre				Mes: Octubre				Mes: Noviembre				
		Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	
		C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	
1.1	El personal manipulador cumple el ciclo de minutas establecido por la SDIS para los participantes	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Se realiza ajuste para mejorar el cumplimiento
1.2	Los intercambios de alimentos se encuentran autorizados por el profesional Nutricionista-Dietista a cargo del servicio asegurando el aporte nutricional establecido en la minuta patrón.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Ninguna
1.3	El personal manipulador conoce y esta pendiente de solicitar el Reporte asistencia de participantes y tipo de dieta cuando aplique.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Ninguna
1.4	El personal manipulador conoce e implementa el Listado de Dietas establecido por el profesional Nutricionista cuando aplique, partiendo del estado nutricional y patologías específicas del participante	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Ninguna
BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA														
2. PERSONAL MANIPULADOR		NIVEL DE CUMPLIMIENTO												OBSERVACIONES
		Mes: Septiembre				Mes: Octubre				Mes: Noviembre				
		Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	
		C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	
2.1	El personal manipulador de alimentos tiene certificado médico y controles periódicos vigentes, así como, Hoja de Vida actualizada entregada inmediatamente llegue a la unidad operativa	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Ninguna
2.2	Se toman las medidas necesarias con las personas que se sepa o sospeche que padezca de enfermedad susceptible de transmitirse por los alimentos, o que presente heridas infectadas, irritaciones cutáneas o diarrea.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Ninguna

[illegible]

3. RECIBO		NIVEL DE CUMPLIMIENTO												OBSERVACIONES
		Mes: Septiembre				Mes: Octubre				Mes: Noviembre				
		Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	
		C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	C / NC / NA	
3.1	Los alimentos se reciben en un lugar limpio y en condiciones que eviten su contaminación, alteración y daños físicos.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Ninguna
3.2	Durante el proceso de descargue de alimentos desde el carro transportador se evita el contacto de estos con el piso.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Ninguna
3.3	Se inspeccionan los alimentos e insumos, para determinar si cumplen con las especificaciones establecidas en las fichas técnicas	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	NC	C	Se observa fecha de vencimiento que no corresponde y se corrige
3.4	Se verifican las temperaturas de los alimentos de alto riesgo durante el recibo (4 °C +/- 2°C) y se revisa la fecha de vencimiento de los productos.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Ninguna
3.5	Se verifica el peso de los alimentos recibidos empleando las básculas y realizando el conteo oportuno.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Ninguna

[illegible]

[illegible]

OBSERVACIONES

Ninguna

REGISTRAR NOMBRE Y FIRMA CADA SEMANA

Nombre profesional:	Yamile Andrea Viana Osorio	Firma:		Nombre Responsable o Coordinador:	Sor Ana Inés Rincón	Firma:	
Nombre profesional:		Firma:		Nombre Responsable o Coordinador:		Firma:	