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

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	06/02/2026	**Inicio**	11:00 a. m.	**Fin**	02:30 p. m.	**Lugar**	COLEGIO LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS IED SEDE 1
Asunto	ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR						
Asistentes	Se adjunta lista de asistencia.					**Asistentes Externos**	LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS
Fecha de Elaboración	06/02/2026	**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 **SIAT** en la **Sede 1**, **JU - JT - SE**, **Sede Entrega 1**, del Colegio **LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS 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 **02/02/2026.**
2. **Cantidad de Almuerzos:** Es acorde con lo autorizado y entregado por el asociado. **Tipo A = 0**, **Tipo B = 80**, **Tipo C = 180**, **Tipo D = 105**, **TOTAL ALMUERZOS RECIBIDOS = 365**. Sin cambios.
1. **Certificado de lavado de tanques:** expedido con fecha **20/09/2025** - hasta **20/03/2026**. **Certificado de fumigación:** Expedido con fecha **25/09/2025** - hasta **25/03/2026**. **CERTIFICADOS VIGENTES.**
3. Última Visita **Secretaría Distrital de Salud SDS**: Realizada el día **06/03/2025** a la **IED** bajo el **Acta No. SB06N012570**. Concepto sanitario: **FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS**. Observaciones que no afectan la entrega del suministro.
4. **Formato Entrega Suministros:** Se observa debidamente diligenciado por **IED** y **Compensar**.
5. **Menú:** Acorde con lo autorizado. **Proteico:** Presa de Pollo con Hogao. **Cereal:** Arroz Blanco. **Energético:** Papa Salada. **Verdura:** N/A. **Bebida:** Agua Envasada. **Fruta:** Mandarina. **Postre/Otros:** Mezcla de Frutos Secos. Sin Cambios.
6. **Enlace PAE IED:** Conoce procedimiento para reporte de novedades a **Interventoría PAE.**
7. **Comedor Estudiantil (CE):** La **IED NO** cuenta con **CE**.
8. **Tienda Escolar:** La sede de la **IED si cuenta** con tienda escolar en funcionamiento.
9. La **IED** y el componente de Compensar realizan actividades que promueven las **Estrategias de Vida Saludable (EVS).**
10. El asociado cumple con el **horario de entrega** del suministro en el horario acordado con la **IED.**
11. Se observa **menaje o equipos almacenados sin uso** o **averiados** en el **Comedor Escolar (CE). NO**.
12. Se evidencia **ciclo de menús y ficha técnica PAE** publicadas en el área social de la **IED**.
13. El **Centro De Producción (CDP)** cuenta con **Materia Prima (MP)** para la producción del día de mañana **09/02/2026**.
14. **Centro De Producción (CDP)** cuenta con personal suficiente para la operación en sitio con **60 Auxiliares**.
15. El **Menaje** cuenta con las condiciones sanitarias de limpieza y se encuentran secos para el servicio.
16. El asociado cuenta con **EPPS** y los entrega a las **IED** cuando se requiere para el servicio de acuerdo con el anexo técnico.
17. El **Comedor Escolar (CE)** o **Centro de Producción (CDP)** dado a su cantidad de servicios cuenta con **Auxiliar Administrativo**: **NO**
18. Se cuenta con **acompañamiento de interventoría: NO**. **Última visita de Interventoría** fue realizada el día **12/08/2025** por la interventora **Deisy Rojas**, sin observaciones para la entrega del servicio. Se evidencia acta: **SI** en correcto diligenciamiento. Se generaron **00 repitencias**.

Enlace PAE IED: Nubia Borda, **Cargo:** Docente, **Teléfono:** 3012118223.
Auxiliar de Transportada: Deisy Escorcia, **Teléfono**: 3502374664.
Auxiliar de Transportada: Luisa Fernanda Mesa, **Teléfono**: 3219921373.
Apoyo PAE Compensar: Adriana Muñoz, **Teléfono:** 3224068281.
Apoyo PAE Compensar: Edely Olmos, **Teléfono:** 3202859192.

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

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	06/02/2026	**Inicio**	11:00 a. m.	**Fin**	02:30 p. m.	**Lugar**	COLEGIO LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS IED SEDE 1
Asunto	ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR						
Asistentes	Se adjunta lista de asistencia.					**Asistentes Externos**	LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS
Fecha de Elaboración	06/02/2026	**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: Se realiza acompañamiento a la visita rutinaria de control de la UAPA por parte de la profesional Yulith Almenarez. Siendo las 12:00 del día se retira la profesional de la UAPA sin novedad. Por autorización del Coordinador Julio Novoa, el ingreso de la SIAT se realizará por la portería de bachillerato a partir del día lunes 09 de febrero de 2026.

Nubia Borda

NOMBRE: Nubia Borda
CARGO: Docente

NOMBRE: JAIRO ARCHILA
CARGO: GESTOR TERRITORIAL PAE

NOMBRE:
CARGO: