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

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	**12/02/2026**	**Inicio**	**06:20 p. m.**	**Fin**	**07:30 p. m.**	**Lugar**	**COLEGIO AQUILEO PARRA IED SEDE 1**
Asunto	**ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR**						
Asistentes	**Se adjunta lista de asistencia.**					**Asistentes Externos**	**LOCALIDAD USAQUÉN**
Fecha de Elaboración	**12/02/2026**	**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 **SIDAE_CENA** en la **Sede 1**, **JN - JN - PE**, **Sede Entrega 1**, del Colegio **AQUILEO PARRA IED SEDE 1,** donde se evidenció lo siguiente:

1. **Comité de Alimentación Escolar (CAE):** La **IED** informa que no se ha realizado la conformación del **CAE** y el ultimo **CAE** fue el día **29/10/2025**.
2. **Cantidad de Cenas:** Es acorde con lo autorizado y entregado por el asociado. **Tipo A = 0**, **Tipo B = 0**, **Tipo C = 0**, **Tipo D = 60**, **TOTAL CENAS ENTREGADAS = 60**. Sin cambios
3. **Certificado de lavado de tanques:** expedido con fecha **05/12/2025 - hasta 05/06/2026**. **Certificado de fumigación:** Expedido con fecha **29/12/2025 - hasta 29/06/2026**. **CERTIFICADOS VIGENTES.**
4. **Visita Secretaría Distrital de Salud SDS:** Realizada el día **07/02/2025** a la **IED** bajo el **Acta No. SB06N171725**. Concepto sanitario: **FAVORABLE**. Sin Observaciones.
5. **Formato Entrega Suministros:** Se observa debidamente diligenciado por **IED** y **Compensar.**
6. **Menú:** Acorde con lo autorizado. **Próteico:** N/A. **Cereal:** Arroz Con Pollo. **Energético:** Plátano Frito. **Verdura:** N/A. **Bebida:** Jugo de Maracuyá. **Fruta:** Manzana. **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 NO 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 finalización del servicio el día **13/02/2026**.
16. **Comedor Escolar (CE)** cuenta con personal suficiente para la operación en sitio con **02 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. El **facilitador CUMPLE** con todas las obligaciones de acuerdo con el anexo técnico. **Nataly Pulido**, **Teléfono:** 3143680705.
20. **Toma de cloro residual** efectuada el día **11/11/2025**, resultado de muestra **0,34 PPM OK**, el día **04/02/2026**, resultado de muestra **0,91 PPM OK**. Concepto: **CUMPLE** con lo establecido en la resolución 2115 del 2007.
21. Se realiza **prueba sensorial** la cual **CUMPLE** con las **características organolépticas** para la entrega del servicio. Gestor Territorial, interventoría.
22. Se cuenta con **acompañamiento de interventoría: SI**. **Última visita de interventoría** fue realizada el día **12/02/2026** por el interventor **José Luis Panqueba**, no se presentan observaciones para la entrega del servicio. Se evidencia acta: **SI**. Se generaron **00 repitencias**.

Enlace PAE IED JN: Édgar Flechas, **Cargo:** Coordinador, **Teléfono:** 3118109415.

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

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	**12/02/2026**	**Inicio**	**06:20 p. m.**	**Fin**	**07:30 p. m.**	**Lugar**	**COLEGIO AQUILEO PARRA IED SEDE 1**
Asunto	**ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR**						
Asistentes	**Se adjunta lista de asistencia.**					**Asistentes Externos**	**LOCALIDAD USAQUÉN**
Fecha de Elaboración	**12/02/2026**	**Elaborado por**	**JAIRO ARCHILA** (Gestor Territorial **SED - DBE - PAE**)			**Próxima Reunión**	

Gestora II CE: Carolina Puerto, **Teléfono:** 3017132665
Facilitador: Nataly Pulido, **Teléfono:** 3209601968.

OBSERVACIONES

Infraestructura: Se evidencia filtración de agua en la carpa del comedor.

Personal: S/N.

Mobiliario: S/N.

Suministro: S/N.

OTROS: S/N.

NOMBRE: Edgar Fecha G.
CARGO: Coordinador.

NOMBRE: JAIRO ARCHILA
CARGO: GESTOR TERRITORIAL PAE

NOMBRE: Nataly Pulido Patiño
CARGO: Facilitador.