| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Distrital INTEGRACIÓN SOCIAL | SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL | Código |
| | SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS | Versión |
| | BIENESTAR INTEGRAL | Fecha |
| | INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN 1 | Página |

| No. CONVENIO | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | No. DE INSTRUMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 8414-2025 | 22 5 2025 | 3 6 2025 | 22 2 2026 | 15 |

| FECHA DE VERIFICACIÓN | HORA DE INICIO | PERIODO VERIFICADO | NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL |
|---|---|---|---|
| 13 2 2026 | 9:30 a. m. | FEBRERO | PEPASO KENNEDY |

| DIRECCIÓN DEL JARDÍN INFANTIL | LOCALIDAD |
|---|---|
| CALLE 42 A SUR No. 99-16 | KENNEDY |

| BARRIO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|
| VILLA ALEXANDRA | (601) 5 70 28 86 -3164911107 | kennedypepaso@gmail.com |

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

| MATERNAL | CAMINADORES | PÁRVULOS | PRE JARDÍN | JARDÍN |
|---|---|---|---|---|
| NA NA NA | NA NA NA | 14 14 14 | 51 34 28 | 50 44 42 |

**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**

**COMPROMISOS GENERALES DEL ASOCIADO**

| | | |
|---|---|---|
| 1(C6) | ¿Cumple con los compromisos adquiridos en virtud de la suscripción del Convenio, de conformidad con lo señalado en el Estudio Previo, Invitación Pública, Anexos Técnicos, Orientaciones técnicas de calidad para la atención integral a la primera infancia, la normatividad vigente y las directrices impartidas por la SDIS? | SAT |
| 2(C10) | ¿Permite a 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 las orientaciones técnicas de calidad para la Atención Integral a la Primera Infancia, los procedimientos, instructivos, protocolos y demás referentes técnicos y normativos que soporten la atención? | SAT |
| 3(C11) | ¿Informa de manera inmediata y por escrito al Supervisor del Convenio, sobre las visitas practicadas al Jardín Infantil por los Entes de control? | SAT |
| 4(C13) | ¿Cumple con la Resolución 967 de 2007, expedida por la Secretaría de Distrital Integración Social SDIS, por la cual se establece la gratuidad en el servicio de educación inicial en los Jardines Infantiles del Distrito Capital? | SAT |

**COMPROMISOS BIENESTAR INTEGRAL**

| | | |
|---|---|---|
| **1(C1)** | ¿Genera con toda la comunidad del jardín infantil (niñas, niños, familias cuidadores y talento humano) entornos protectores de la salud y prácticas cotidianas en los diferentes momentos de la atención que fomenten estilos de vida saludables y prevengan la enfermedad de acuerdo con lo establecido en los protocolos, normatividad vigente, en los anexos técnicos y documentos relacionados emitidos por la SDIS? | 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? | NA |
| **E.** | ¿Cuentan con los soportes de disentimientos informados firmados por padres, madres o acudientes que se oponen a la vacunación por creencias, así como las notificaciones a salud realizadas en estos casos? | NA |
| | **a.** Se evidencian los soportes de sensibilización sobre la importancia de la vacunación a los casos de disentimientos informados firmados por los padres o acudientes de los niños o niñas que, por creencias, no aplican el esquema de vacunación | NA |
| **F.** | ¿Presenta la programación de Promoción de prácticas de cuidado de la salud y prácticas saludables de alimentación, nutrición y actividad física? | SI |
| **G.** | ¿Realizan la Promoción de prácticas de cuidado de la salud y prácticas saludables de alimentación, nutrición y actividad física? | SI |

| **Fecha (s)** | **Tema (s)** |
|---|---|
| Promociones programadas para el 16 de febrero de 2026 | Valoración integral de la salud y el desarrollo, valoración odontológica.<br>Protocolo para el suminstro de medicamentos durante el servicio.<br>Vacunación |

| | | |
|---|---|---|
| **H.** | ¿Cuenta con los elementos mínimos de aseo personal para niños y niñas? (Se verifica mediante la lista de chequeo de aseo personal para niños y niñas) | SI |
| **I.** | ¿La herramienta control de entradas y salidas de elementos de aseo personal para niños y niñas se encuentra actualizada? | SI |

**2 (C3).** ¿Implementa el protocolo Administración de medicamentos y cumplimiento de incapacidades médicas en Jardines Infantiles de acuerdo con la normatividad vigente y lo establecido en los protocolos, lineamientos, instructivos, el Anexo Técnico 1 de 5 Jardines Cofinanciados y documentos relacionados emitidos por la SDIS.?

**NA**

| | | |
|---|---|---|
| **A.** | ¿Cuentan con casos de niñas o niños con administración de medicamentos al interior del Jardín Infantil? | NA |

Complete la información del cuadro:

| **SOPORTES DE VERIFICACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS** | **SI/NO** |
|---|---|
| Presenta soporte que confirme que el participante requiere la administración del medicamento estrictamente dentro del horario de atención de la unidad operativa. | NA |
| Presenta fórmula médica de la prescripción del medicamento con la información requerida | NA |
| Acta de verificación del caso con el padre, madre o acudiente. | NA |
| Consentimiento informado para la administración de medicamentos. | NA |
| Autorización para el traslado de la niña o el niño a un centro de salud cercano al jardín infantil. | NA |
| Formato Administración de medicamentos - FOR-PSS- 145 | NA |
| Formato Ingreso de medicamentos - FOR-PSS- 146 | NA |
| Formato Registro de novedades - FOR-PSS-309 | NA |
| El medicamento cuenta con rotulo, fecha de caducidad, vigencia, se encuentra almacenado de manera adecuada (de acuerdo con las indicaciones del producto y con acceso restringido). | NA |

**3 (C5).** ¿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 requerimiento, realiza las acciones que sean necesarias para dar cumplimiento a las exigencias y recomendaciones registradas en estas e informar de manera inmediata al Supervisor del Convenio sobre las visitas que se adelanten por parte del Ente de Control?

**SAT**

| | Número acta de Inspección Sanitaria | Concepto Sanitario | Fecha de emisión |
|---|---|---|---|
| **EE** | SB06C 011086 | FAVORABLE | 04 DE MARZO DE 2025 |
| **EPA** | AS02C118178 | FAVORABLE | 12 DE OCTUBRE DE 2023 |

**A.** ¿Gestiona y ejecuta las acciones necesarias para el cumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias en los plazos establecidos acorde con el acta de visita? SI

| Exigencias y recomendaciones de la Autoridad Sanitaria | Acciones para dar cumplimiento |
|---|---|
| CS EPA: AS02C118178:1.3: Cables eléctricos al lado de neveras en bodega sin protección. | CS EPA: AS02C118178:1.3: Se observan cables debidamente protegidos.Subsanaron. |

**B.** ¿Presenta soporte de solicitud de visita a la autoridad sanitaria para actualización del concepto sanitario una vez se haya dado solución a las exigencias registradas en el acta de visita? NA

N° y fecha de radicado de la solicitud de visita para EE: NO APLICA

N° y fecha de radicado de la solicitud de visita para EPA: NO APLICA

**C.** Informa en un plazo no mayor a cinco (5) días calendario, a la Subdirección para la Infancia, de toda visita que se reciba por parte de la Secretaría Distrital de Salud. NA

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

**EE:** No se recibió visita de sanitaria durante la ejecución del convenio, por tanto, no aplicó informar al supervisor

**EPA:** No se recibió visita de sanitaria durante la ejecución del convenio, por tanto, no aplicó informar al supervisor

**4 (C6).** ¿Realiza Autoevaluación de las Condiciones Sanitarias del 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.? **SAT**

**A.** ¿Define e implementa acciones sobre los incumplimientos y realiza seguimiento periódico para subsanarlos? SI

| Incumplimientos identificados | Acciones de mejora implementadas |
|---|---|
| Se realizaron las autoevaluaciones del cumplimento de los requisitos establecidos por la autoridad sanitaria para Establecimieno Preparación de alimentos y establecimiento educativo el 01 de diciembre de 2025. | No aplica toda vez que no se identificaron incumplimientos de los requisitos normativos. |

¿Realiza autoevaluación de las condiciones sanitarias durante el primer mes de ejecución del convenio? SI

**5 (C7).** ¿Documenta e implementa el Plan de Saneamiento de acuerdo con lo establecido por la SDIS y en línea con el Anexo Técnico 1 de 5 Jardines Cofinanciados, dando cumplimiento a la Resolución 2674 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o aquella que la modifique o sustituya. Los mismos deben mantenerse 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 |
| | Socialización sobre Plan de Saneamiento programada para el 16 febrero de 2026. | |
| **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 | 02 DE FEBRERO DE 2026 |
| Formato seguimiento a soluciones desinfectantes - FOR-PSS-065 | 12 DE FEBRERO DE 2026 |
| Formato inspección de la presencia de plagas - FOR-PSS-066 | 02 DE FEBRERO DE 2026 |
| Formato inspección del manejo de elementos en desuso, embalajes y empaques - FOR-PSS-067 | 02 DE FEBRERO DE 2026 |
| Formato lista de verificación de limpieza, desinfección y acciones correctivas - FOR-PSS-068 | 12 DE FEBRERO DE 2026 |
| Formato registro del control de plagas - FOR-PSS-069 | 02 DE FEBRERO DE 2026 |
| Formato verificación de hermeticidad - FOR-PSS-071 | 02 DE FEBRERO DE 2026 |

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

2 TANQUES AÉREOS: 1 CON CAPACIDAD DE 1000 LT Y OTRO CON CAPACIDAD DE 500 LT

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

02 DE FEBRERO DE 2026

Nombre de la empresa que realizó la higienización de los tanques de almacenamiento de agua potable:

FUMIGACIONES 7/24- CS FAVORABLE ACTA:SQ07C005912 DEL 20 DE DICIEMBRE DE 2025.

| | | |
|---|---|---|
| **O.** | ¿ 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 |
| **P.** | ¿Los accesos y alrededores se mantienen limpios y ibres de acumulación de basuras? | SI |
| **Q.** | ¿Los techos y paredes están libres de suciedad, condensación, formación de mohos y hongos y desprendimiento superficial? | SI |
| **R.** | ¿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 |

**6 (C8).** ¿Implementa 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 Equipo Humano del servicio de alimentación, servicios generales y personal encargado de la Sala Amiga de la Familia Lactante. Realiza 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.** | ¿El personal manipulador de alimentos presenta estricta limpieza e higiene personal y aplica las buenas prácticas higiénicas en sus labores según lo establecido en la Resolución 2674 de 2013, evitando la contaminación del alimento y de las superficies de contacto con este? | SI |

**Plan de Educación sanitaria**

| Fecha (s) | Participantes - Equipo Humano | | | Duración | Tema (s) |
|---|---|---|---|---|---|
| | Servicio alimentación | Servicios generales | Encargado (s) SAFL y otros | | |
| EL 13 Y 27 DE NOVIEMBRE DE 2025. . | Yeimy Andrea Tangarife López<br>Yenny Andrea Sánchez Celeita<br>María Teresa García Romero | Sandra Milena Castro Vela<br>Laura Camila Escudero Ruiz<br>Mileidis del Valle Ibarra Sierra | NA | 1:30 | GABAS |
| Programada para el 26 de febrero de 2026. | Yeimy Andrea Tangarife López<br>María Teresa García Romero<br>TH sin contratar | TH sin contratar<br>Laura Camila Escudero Ruiz<br>Mileidis del Valle Ibarra Sierra | NA | | PLAN DE SANEAMIENTO |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **B.** | ¿El personal a cargo del servicio de alimentación cumple con las especificaciones referentes a la certificación médica? | SI |

**Certificación médica del personal a cargo del servicio de alimentación**

| Nombre de manipuladores de alimentos | Certificado médico Fecha de emisión | Nombre de manipuladores de alimentos | Certificado médico Fecha de emisión |
|---|---|---|---|
| Yeimy Andrea Tangarife López | 15 DE NOVIEMBRE DE 2025 | NA | NA |
| María Teresa García Romero | 28 DE ENERO DE 2026 | | |
| TH SIN CONTRATAR | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **C.** | ¿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 |

| | | |
|---|---|---|
| **D.** | ¿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 |
| **E.** | ¿Los profesionales 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, en lo relacionado con las adecuadas practicas higiénicas y medidas de protección (durante el procedimiento de asistencia en el momento de la alimentación)? | 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 |

**7 (C9).** ¿Documenta e implementa 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, así como las Acciones para la prevención y manejo de desperdicios de acuerdo con lo descrito en el protocolo, el Anexo Técnico 1 de 5 Jardines Cofinanciados y las orientaciones de SDIS?

**SAT**

| | | |
|---|---|---|
| **A.** | ¿Presenta un documento que incluye los procesos de compra, transporte, recepción, almacenamiento, preparación y servido o distribución de alimentos? | SI |
| **B.** | ¿Socializó los procesos de compra, transporte, recepción, almacenamiento, preparación y servido o distribución de alimentos, Buenas Prácticas de Manufactura y contó con el soporte?<br>Socialización sobre Protocolo de BPM, programada para el 16 de febrero de 2026. | 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 de los procesos del servicio de alimentos? | SI |

Complete la información del cuadro:

| Formatos control Procedimiento Operación Entrega de Apoyos Alimentarios | SI/NO/NA |
|---|---|
| Formato Plan de Compras | SI |
| Formato Recepción de alimentos | SI |
| Formato Verificación transporte de alimentos | SI |
| Formato Control de entrada y salida de alimentos | SI |
| Formato Control de temperatura de equipos de refrigeración | SI |
| Formato Control de temperatura de equipos de congelación | SI |
| Formato Preparación de alimentos | SI |
| Formato Autorización Cambio de Preparaciones | NA |
| Formato Control y medición de desperdicios de alimentos FOR - PSS - 803 | SI |

| | | |
|---|---|---|
| **O.** | ¿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 |
| **P.** | ¿Existe coincidencia entre los saldos de alimentos registrados en el formato de entradas y salidas de productos, con las existencias de la alacena? | SI |
| **Q.** | ¿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 |
| **R.** | ¿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. 10** | | **Peso neto o bruto en gramos** | |
| **Preparación** | **Alimento** | **Cantidad establecida** | **Cantidad existente** |
| PICADO DE FRUTAS: | PAPAYA | 2100 | 4881 |
| | MANZANA | 1729 | 3433 |
| | BANANO | 2100 | 3746 |
| QUESO CAMPESINO | QUESO CAMPESINO | 1680 | 2000 |
| GALLETAS WAFFERS | GALLETAS WAFFERS | 1680 | 2160 |

| | | |
|---|---|---|
| **S.** | ¿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 |
| **T.** | ¿En el pre-alistamiento los alimentos son seleccionados, alistados y empacados en bolsas de polietileno de un solo uso, transparentes cerradas y rotuladas ? | SI |
| **U.** | ¿Para las niñas y los niños menores de 1 año, la fórmula infantil se preparó acorde con el " Protocolo preparación de fórmulas infantiles-PTC-PSS-098"? | NA |
| **V.** | ¿En caso de realizar intercambios de alimentos, presenta los soportes establecidos en el Anexo Técnico? | NA |
| **W.** | ¿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 |
| **X.** | ¿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 |
| **Y.** | ¿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 |
| **Z.** | ¿Cuándo el menú incluye fruta, queso o postres sin empaque primario se sirven en postreras o plato dulce? | SI |
| **AA.** | ¿La persona responsable del servido de alimentos conoce las porciones establecidas para cada grupo de edad? | SI |
| **AB.** | ¿El servido se realiza una vez los niños y las niñas se encuentran en el área de alimentación? | SI |
| **AC.** | ¿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, en ningún caso se sirven alimentos en envase desechable? | SI |
| **AD.** | ¿Presenta soporte de las acciones asociadas al Protocolo Prevención y manejo adecuado de desperdicios de alimentos en el servicio de alimentación o el documento que lo modifique o sustituya? | SI |
| | **a.** ¿Participa el Profesional de Nutrición y el delegado del Jardín Infantil, en la Jornada realizada por la Subdirección de Nutrición para la socialización del Protocolo Prevención y manejo adecuado de desperdicios de alimentos en el servicio de alimentación o el documento que lo modifique o sustituya? 30 de enero de 2025 | SI |
| | **b.** ¿El responsable, el Profesional de Nutrición y/o el delegado del Jardín Infantil realiza la socialización del Protocolo, prevención y manejo adecuado de desperdicios de alimentos en el servicio de alimentación con el equipo humano del servicio de alimentos y de servicios generales dentro de los 15 días hábiles siguientes a la participación en la jornada de fortalecimiento y lo replica cuando ingresa personal nuevo al Jardín Infantil? 17 de junio de 2025. | SI |
| | c. ¿Reporta la información solicitada con relación al Formato Control y medición de desperdicios de alimentos, con la periodicidad establecida? Reporte del mes de diciembre enviado el 05/12/2025 | SI |

| | | |
|---|---|---|
| **8 (C11).** | ¿Cuentan con equipos, utensilios y menaje del servicio de alimentos en adecuado estado de funcionamiento y de acuerdo con la cobertura? | **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 equipos, utensilios y menaje no contienen partes en madera? | SI |
| **E.** | ¿Los utensilios y menaje de preparación, están almacenados en un lugar que los proteja del polvo, insectos y roedores? | SI |
| **F.** | ¿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 |
| **G.** | ¿El inventario de dotación de elementos del servicio de alimentos, se encuentra actualizado? | SI |
| **H.** | ¿La unidad operativa cuenta con el cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de la dotación del servicio de alimentos, y lo implementa? | SI |
| **9 (C12).** | ¿Implementó para los casos de niñas o niños que lo requieran, las modificaciones en la alimentación suministrada en el jardín infantil y suministrar Alimentos para propósitos médicos especiales - APME (Complementos nutricionales o formulas terapéuticas) de acuerdo con las recomendaciones médicas debidamente soportadas y las orientaciones del profesional en nutrición asignado por parte de la SDIS? | **NA** |
| **Modificaciones alimentarias:** | | |
| **A.** | ¿Implementa las modificaciones en la alimentación suministrada en el jardín infantil, de acuerdo con las recomendaciones médicas debidamente soportadas y las orientaciones del profesional en nutrición asignado por parte de la SDIS? | NA |
| **B.** | ¿Presenta soporte emitido por el médico y/o profesional en Nutrición y Dietética tratante donde se verifique la necesidad de modificaciones alimentarias? | NA |
| **C.** | ¿Cuenta con soporte (actas-correos) de las orientaciones de cambio alimentos y/o preparaciones dadas por el profesional en Nutrición de la SDIS.? | NA |
| **Suministro de Alimentos para propósitos médicos especiales - APME (Complementos nutricionales o formulas terapéuticas):** | | |
| **D.** | ¿Presenta fórmula medica donde se indique el tiempo, los momentos y la dosificación del Alimento para propósitos médicos especiales - APME? | NA |
| **E.** | ¿Presenta acta del profesional en nutrición asignado al Jardín Infantil donde se registre la necesidad del suministro del complemento o formula nutricional? | NA |
| **F.** | ¿Se evidencia acta con las orientaciones de almacenamiento, preparación y suministro de los Alimentos para propósitos médicos especiales - APME de la profesional en nutrición designada con la familia y cuidadores? | NA |
| **10 (C13).** | ¿Suministró a las niñas y niños con calidad y oportunidad la complementación alimentaria o apoyo alimentario según los parámetros técnicos, operativos y soportes establecidos en el Anexo Técnico 1 de 5, Jardines Cofinanciados y orientaciones definidas por Secretaría Distrital de Integración Social? | **SAT** |
| **A.** | ¿Para las niñas y los niños de los grupos de edad de 6 a 8 meses, 29 días y de 9 a 11 meses, 29 días, no se agregó azúcar, miel, panela, chocolate ni sal a ninguna de las preparaciones, acorde con lo establecido en la minuta patrón? | NA |
| **B.** | ¿Mantiene disponible el ciclo de menús en un lugar visible para los padres y madres de familia, cuidadores y personal manipulador de alimentos? | SI |
| **C.** | ¿Suministra los alimentos y preparaciones respetando los intervalos de tres (3) horas para el consumo de alimentos? | SI |
| **D.** | ¿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 |
| **F.** | Cuando las niñas y los niños deben retirarse del Jardín Infantil antes de tomar las onces, ¿entrega los alimentos equivalentes a este tiempo de comida, para consumo en casa y contiene derivado de cereal, lácteo UHT (bebida) y fruta de mano? | SI |

**G.** ¿Suministró a las niñas y niños con calidad y oportunidad los alimentos y las preparaciones establecidas, en la minuta patrón y el ciclo de menús establecido por la SDIS? SI

| Verificación del peso servido y de las características organolépticas de las preparaciones suministradas | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Menú No. 10** | **Grupo de edad: 2-3.11 a** | | **Población:14** | | | | | | **Muestra: 5** | | | |
| **Alimento o Preparación** | **Porción g/ml** | **Tolerancia g/ml** | **Gramajes obtenidos** | | | | | | **S*** | **O*** | **A*** | **T**** |
| ARROZ CON CILANTRO | 37 | 33.3-40.7 | 38 | 42 | 37 | 36 | 41 | | C | C | C | 91.2 |
| PECHUGA DE POLLO EN TROZOS, COCISA | 28 | 28-30.8 | 32 | 30 | 30 | 31 | 30 | | C | C | C | 89.3 |
| AGUACATE | 22 | 19.8-24.2 | 22 | 23 | 24 | 23 | 22 | | C | C | C | AMB |
| AJIACO | 200 | 180-220 | 205 | 210 | 209 | 199 | 203 | | C | C | C | 90.6 |
| NARANJA EN CASCOS | 70 | 63-77 | 76 | 72 | 70 | 69 | 70 | | C | C | C | AMB |
| | | | | | | | | | | | | |

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.

**11 (C14).** ¿Promueve y protege la práctica de la lactancia materna mediante la implementación de la estrategia de Sala Amiga de la Familia Lactante según los lineamientos definidos por la Secretaría Distrital de Integración Social y garantiza la oportuna documentación, en el Sistema Misional y herramientas virtuales que la Subdirección para la Infancia disponga para tal fin?

**NA**

**A.** ¿Diligencia el Instrumento de autoapreciación de acuerdo a lo evidenciado en la unidad operativa? NA

**B.** Cuenta con el concepto de autoapreciación emitido por SDIS NA

**C.** ¿Cuenta con el plan de mejoramiento proyectado y presenta los soportes de ejecución? NA

| Observaciones y recomendaciones reportadas | Plan de mejoramiento implementado |
|---|---|
| El jardín infantil no cuenta con cobertura autorizada para atención a menores de dos años por lo tanto no aplica la disposición de sala amiga de la familia lactante. | NA |

| | | |
|---|---|---|
| **D.** | ¿El talento humano cuenta con certificado de cualificación en lactancia materna y alimentación infantil saludable? (mínimo 12 horas y vigencia 4 años). | NA |
| **E.** | ¿Implementa prácticas sanitarias en los procesos de extracción, manipulación, rotulado, conservación y suministro de leche humana? | NA |
| **F.** | ¿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) | NA |
| **G.** | ¿Cuenta con el cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de la dotación de la SAFL, y lo implementa? | NA |
| **H.** | ¿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? | NA |
| **I.** | ¿Diligencia adecuada y oportunamente los Formatos control de la Sala Amiga de la Familia Lactante -SAFL? | NA |

Complete la información del cuadro:

| Formatos control de la SAFL | Observaciones |
|---|---|
| Formato control de temperatura de la nevera/congelador | NA |
| Formato uso de la Sala Amiga-Ficha SIRBE | NA |
| Formato cronograma grupo de apoyo a la lactancia materna | NA |

## COMPROMISOS EQUIPO HUMANO

**1** ¿Garantiza la vinculación de las y los colaboradores requeridos? (la contratación se realizará acorde con la matrícula de niñas y niños) **SAT**

| PERFILES | ESTRUCTURA DE COSTOS | TH REQUERIDO (MATRICULADOS) | TH CONTRATADO | ASISTENTES | REMPLAZOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Responsable del jardín infantil | 1 | 1 | 1 | 1 | NA |
| Dinamizador pedagógico al jardín infantil | NA | NA | NA | NA | NA |
| Profesional de atención a la primera infancia | 6 | 5 | 5 | 5 | NA |
| Auxiliar de atención a la primera infancia | 2 | 1 | 1 | 1 | NA |
| Auxiliar de servicios generales | 3 | 2 | 2 | 2 | NA |
| Personal 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.

SI [X] 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

NINGUNA.

| OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN |
|---|
| Se contratará la totalidad del talento humano una vez se complete la cobertura. |

| OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN |
|---|
| Se recomienda contar con la totalidad del talento humano una vez completada la cobertura exigida. |

| Esta visita generó requerimiento: SI ___ NO X |
|---|
| |

| Anexos: documentos y número de folios |
|---|
| 1. Planilla de asistencia: 1 folio |

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN | FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN |
| NOMBRE:ANGIE JOHANNA SEGURA DELGADO | NOMBRE: EUGENIA PEÑA VARGAS |
| N° DE IDENTIFICACIÓN : 52.785.518 | N° DE IDENTIFICACIÓN :37838197 |
| CARGO: RESPONSABLE DEL JARDIN INFANTIL | CARGO: APOYO A LA SUPERVISIÓN |
| | HORA DE FINALIZACIÓN: 3:30 PM |

Versión: junio 2025

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PLANILLA DE EQUIPO HUMANO

JARDÍN INFANTIL: PEPASO KENNEDY CONTRATO: 8414- 2025 FECHA: 13- 02- 2026

| Profesional Responsable del jardín infantil | Dinamizador pedagógico al jardín infantil | Profesionales de atención a primera infancia | Auxiliares de atención a primera Infancia | Auxiliar Administrativo | Auxiliar de Servicios Generales | Personal manipulador de alimentos | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NA | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 12 |

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | CARGO | PERFIL | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | AngieSegundoDelgado | 52785518 | Responsable | Especialista | 3164911107 | |
| 2 | yuly Paola Patiño S. | 1.023.861.420 | Profesional atención primera Infancia | Licenciada | 3102549917 | |
| 3 | Diana M. Echeverry I. | 53135952 | Profesional atención primera Infancia | Licenciada | 3217050760 | |
| 4 | Rosa Angelica Ramirez Orozco | 1030534883 | Profesional Atención primera Infancia | Licenciada | 3102079075 | |
| 5 | Sandy Lisseth Romero Muñoz | 1072925917 | Profesional atención primera infancia | Licenciada | 3172888189 | |
| 6 | Nancy Duarte Gonzalez | 53036875 | Profesional atención primera infancia | Licenciada | 3213265635 | Nancy Duarte |
| 7 | Kelly Dayhana Pajoy camacho | 1012431352 | auxiliar en atención a la primera Infancia | Licenciada | 3144592190 | |
| 8 | Nicole Dayana Padilla | 1017316891 | Aux. Administrativa | Tecnica | 3203148004 | Nicole Padilla. |
| 9 | Laura Camila Escudero R | 1016010832 | AUX. Servicios. Generales | Bachiller | 3125965848 | |
| 10 | Hileidis Ibarra Sierra | 40929006 | Aux. Servicios Generales | Bachiller | 3103071049 | Hileidis Ibarra |
| 11 | Maria Teresa Garcia R | 52325086 | Manipuladora de Alimentos | Bachiller | 3156573382 | Maria Garcia |
| 12 | Jeimy Andrea Tangarife | 1012404414 | manipuladora Alimentos | Tecnica. | 3144571718 | Jeimy Tangarife |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |