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

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	**22/04/2026**	**Inicio**	**11:00 a. m.**	**Fin**	**02:00 p. m.**	**Lugar**	**COLEGIO JULIO GARAVITO ARMERO SEDE 2**
Asunto	**ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR**						
Asistentes	**Se adjunta lista de asistencia.**					**Asistentes Externos**	**LOCALIDAD PUENTE ARANDA**
Fecha de Elaboración	**22/04/2026**	**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 2**, **JU - JT - SE**, **Sede Entrega 2**, del Colegio **JULIO GARAVITO ARMERO IED SEDE 2** donde se evidenció lo siguiente:

1. **Comité de Alimentación Escolar (CAE):** La **IED** informa que se realizo la conformación del **CAE** y el ultimo **CAE** fue realizado el día **14/04/2026**.
2. **Cantidad de Almuerzos:** Es acorde con lo autorizado y entregado por el asociado. **Tipo A** = **0**, **Tipo B** = **0**, **Tipo C** = **270**, **Tipo D** = **0**, **TOTAL ALMUERZOS RECIBIDOS** = **270**. Sin cambios
3. **Certificado de lavado de tanques:** expedido con fecha **28/02/2026** - hasta **27/08/2026**. **Certificado de fumigación:** Expedido con fecha **28/02/2026** - hasta **27/08/2026**. **CERTIFICADOS VIGENTES.**
4. Última Visita **Secretaría Distrital de Salud SDS**: Realizada el día **08/04/2026** a la **IED** bajo el **Acta No. SB06C012846**. Concepto sanitario: **DESFAVORABLE.** Observaciones que no afectan la entrega de suministros.
5. **Formato Entrega Suministros:** Se observa debidamente diligenciado por **IED** y **Compensar**.
6. **Menú Entregado:** Acorde con lo autorizado. **Tipo C: Proteico:** Lentejas y Carne de Res Goulash. **Cereal:** Arroz con Fideos. **Energético:** Papa Criolla Frita. **Bebida:** Agua Envasada. **Verdura:** N/A. **Fruta:** Granadilla. **Postre/Otros:** N/A. Sin cambios.
7. **Enlace PAE IED:** Conoce procedimiento para reporte de novedades a **interventoría PAE.**
8. **Comedor Estudiantil (CE):** La sede de la **IED** no cuenta con **CE.**
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. El asociado cumple con el **horario de entrega** del suministro en el horario acordado con la **IED.**
12. Se observa **menaje o equipos almacenados sin uso** o **averiados** en el **Comedor Escolar (CE). NO**.
13. Se evidencia **ciclo de menús y ficha técnica PAE** publicadas en el área social de la **IED**.
14. El **Centro De Producción (CDP)** cuenta con **Materia Prima (MP)** para la producción del día **23/04/2026**.
15. **Centro De Producción (CDP)** cuenta con personal suficiente para la operación en sitio con **07 Auxiliares**.
16. El **Menaje** cuenta con las condiciones sanitarias de limpieza y se encuentran secos para el servicio.
17. La sede de la **IED** cuenta con el **Plan de Saneamiento Básico PSB.**
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 **Comedor Escolar (CE)** o **Centro de Producción (CDP)** dado a su cantidad de servicios cuenta con **Auxiliar Administrativo**: **NO**
20. Se cuenta con **acompañamiento de interventoría: NO**. **Última visita de interventoría** fue realizada el día **05/03/2026** por la interventora **Briyith Trujillo**, sin observaciones para la entrega del servicio. Se evidencia acta: **SI** en correcto diligenciamiento. Se generaron **10 repitencias**.

Enlace PAE IED: Adriana García, **Cargo:** Docente, **Teléfono:** 3102728398.
Apoyo PAE Compensar: David Sánchez, **Teléfono:** 3011178027.
Auxiliar Transportada: Laura Suarez, **Teléfono:** 3158214102.

ACTA DE REUNIÓN

Fecha	**22/04/2026**	**Inicio**	**11:00 a. m.**	**Fin**	**02:00 p. m.**	**Lugar**	**COLEGIO JULIO GARAVITO ARMERO SEDE 2**
Asunto	**ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR**						
Asistentes	**Se adjunta lista de asistencia.**					**Asistentes Externos**	**LOCALIDAD PUENTE ARANDA**
Fecha de Elaboración	**22/04/2026**	**Elaborado por**	**JAIRO ARCHILA** (Gestor Territorial **SED - DBE - PAE**)			**Próxima Reunión**	

OBSERVACIONES

Infraestructura: S/N.

Personal: S/N.

Mobiliario: S/N.

Suministro: S/N.

OTROS: Se sugiere a la IED enviar correo a pae.novedades@educacionbogota.gov.co con la finalidad de que no sean enviados epps por un tiempo determinado debido a que se cuenta con sobrantes en existencias.

La IED validara las cantidades y enviara correo al PAE.

NOMBRE: Adriana Garcia	NOMBRE: Jairo Archila	NOMBRE:
CARGO: Docente de Apoyo Pedagogico.	CARGO: Gestor Territorial PAE	CARGO: