Lugar	*Centro de Cuidado Transitorio Quiroga*
Fecha	*20/02/2025 – 10:00 am*
Tema	*Articulación CORFAUNICOL*
Desarrollo	***Orden del día:*** *1. Contexto* *2. Objetivo* *3. Actividad realizada* *4. Resultados* *Contexto:* *En el marco de las acciones de bienestar dirigidas a las personas mayores, se estableció una articulación con CORFAUNICOL para fortalecer su salud y calidad de vida mediante la entrega de suplementos vitamínicos.* *Objetivo:* *Contribuir al bienestar físico de las personas mayores mediante la provisión de suplementos vitamínicos en coordinación con CORFAUNICOL.* *Actividad realizada:* *Se llevó a cabo una jornada de entrega de suplementos vitamínicos con la participación de CORFAUNICOL, quienes brindaron información sobre la importancia de una adecuada nutrición y el uso correcto de los suplementos. Durante la jornada, se realizó una charla informativa donde se abordaron temas relacionados con la alimentación balanceada en la vejez y la forma en que los suplementos pueden contribuir a mejorar la calidad de vida. Posteriormente, se organizó la distribución de los suplementos, asegurando que cada persona mayor recibiera su respectivo producto con una explicación detallada sobre su consumo.* *.* *Resultados:* • *Se realizó con éxito la jornada de entrega de suplementos vitamínicos.* • *Se entregaron un total de 62 suplementos a las personas mayores beneficiarias.* • *La actividad fue bien recibida por las personas mayores, quienes manifestaron su agradecimiento por la iniciativa.* *Logros:* • *Articulación efectiva con CORFAUNICOL, fortaleciendo alianzas estratégicas para el bienestar de la comunidad.* *Dificultades:* • *Limitaciones en la cantidad de suplementos disponibles en relación con la*

	demanda. *Conclusiones:* *La actividad fue un éxito y permitió mejorar el bienestar de las personas mayores. Se recomienda continuar fortaleciendo este tipo de articulaciones con entidades que promuevan la salud y el bienestar, buscando estrategias para ampliar la cobertura de beneficios.* ***Nota:*** *Se anexa registro fotográfico y listado de asistencia FOR-GD-023.*		
Asistentes	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia
	Gina Vannesa Manrique	*Terapeuta Ocupacional*	*Centro de Cuidado Transitorio Quiroga*
Compromisos	Actividad	Responsable	Fecha límite
Próxima reunión	*No aplica.*		
Elaboró	*Gina Vannesa Manrique Cruz.*		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código: FOR-GD-023	
Versión: 2	
Fecha: Memo I2024018963 - 12/07/2024	
Página: 1 de 1	

1. Tema: Entrega Suplementos 2. Lugar o Localidad o Sede: CCT Quiroga 3. Fecha y hora: 20/02/2025 / 10:00 am

4. Nombre responsable: Vanneza Monrique Cruz 5. Dependencia responsable:

6. Ítem	7. Nombres y Apellidos	8. Documento de identidad		9. Entidad / Dependencia	10. Rol / Cargo	11. Planta / Contratista	12. Correo electrónico	13. Teléfono y Ext. / Celular	14. Firma
		8.1 Tipo	8.2 Número						
1	Nelly Tatiana Torres Gomez	CC	1010227952	Subred Centro Oriente	T.S.C.I	Contratista	tatianatorresg@gmail.com	3105750109	
2	Yicenzo Janine T G	CC	79 342 316	Corfamiliar			corfamiliar@gmail.com	3134840361	
3	Vanneza Monrique C	CC	1018471426	Tecnocasa	CCT Quiroga	Contratista			
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación.
Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

Toda actividad realizada de pausa saludable debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano – Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

REGISTRO FOTOGRAFICO











