ACTA N°

FECHA: Bogotá 18 de noviembre 2025

HORA: 2:00 pm

LUGAR: Manitas – Manzana del cuidado

TEMA: Cuidado y Bienestar del TH

ASISTENTES: Responsables de servicios

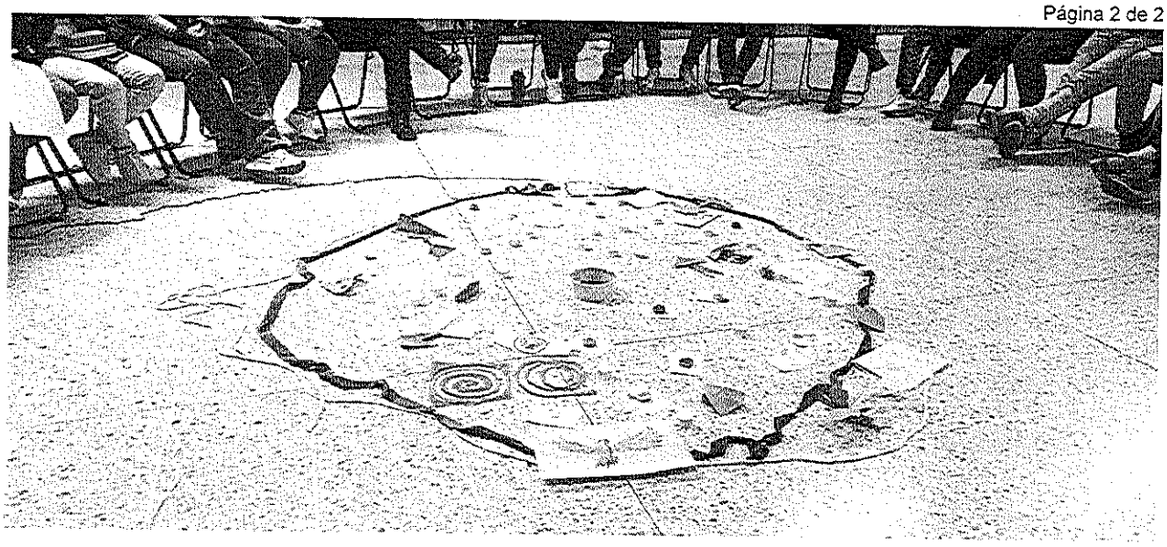
ORDEN DEL DÍA:

1. Actividad
2. Reflexiones

DESARROLLO:

El día de hoy nos reunidos nos presentan la actividad de hoy, con música suave realizamos un círculo, Johana nos comienza a dar unas indicaciones. Después de esto nos dice que hay 4 estaciones en las cuales tomamos papeles y vamos a escribir según nos indica cada estación, una de ellas dice, a que personas debemos agradecer en nuestro camino, la indicación es si está aquí entregar el papel si no pegarlo en la cartelera, y así con las siguientes estaciones.

El siguiente ejercicio se trata de realizar una figura, dibujo o algo con algunos materiales que están allí que represente lo que usted ha hecho. Nos sentamos en circulo cada uno con lo realizado, uno por uno va a contar sobre lo realizado que luz deja y prendera una vela, así cada uno pasa al final Johana prendera una vela y habla de los cierres que debemos hacer con amor y agradecimiento, ya que algunos responsables de servicio no volverán el otro año.



Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA.

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma

Anexos:

Elaboró: Alejandra Posada

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL		Código FOR-PSS-330
PROYECTO 7744 GENERACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTA		Version 3
FORMATO FICHA SIRBE TALLERES Y/O CURSOS SUBDIRECCIÓN PARA LA INFANCIA INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL		Fecha Memo I2023015020 – 24/05/2023
		Página 2 de 2

SECCIÓN C. INFORMACIÓN SOBRE LOS ASISTENTES

	A	B	C	D			E	F	G	H	I	J	K		L		M			N	O	P	Q	R	S
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	ESTADO CIVIL	GRUPO ETNICO	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	PERSONA CON DISCAPACIDAD?	TIPO	ESTUDIOS ALCANZADOS		RELACIÓN CON SERVICIO			NUMERO INSCRIPCIÓN SIRBS	LOCALIDAD	UPZ	BARRIO	DIRECCIÓN	FIRMA DEL ASISTENTE
	Tipo	Numero	Escriba 1 primer apellido 2 segundo apellido	Escriba 1 primer nombre 2 segundo nombre	Dia	Mes	Año								NIVEL Años aprobados	Actualmente estudia?	FAMILIAR CUIDADOR DE PERSONA CON DISCAPACIDAD	NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE PARTICIPANTE SDIS	NUMERO DE DOCUMENTO NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE						
1	1	1.554.035.96	1 Cuedo	1 Yuleidy	01	04	98	2	2	1	1	6	SI	SI	12	SI	SI			550	19	69	Quiba Alta	Calle 70 sur 56 C 49	
			2 García	2 Cluvey									NO	NO	5	NO	NO								
2	1	52752099	1 VELASQUEZ	1 ALBA	28	02	81	2	2	1	2	6	SI	SI	12	SI	SI			19148	19	69	Sierra Quiba	Dg 75B #75C07	
			2 RODRIGUEZ	2 YCLIMA									NO	NO	5	NO	NO								
3	1	1024524645	1 Vera	1 Cindy	13	12	91	2	2	1	1	6	SI	SI	12	SI	SI				19	69	Sierra nueva	Kra 73d N°69-13 Sur	
			2 Vera	2 Ichency									NO	NO	5	NO	NO								
4	1	52.656.782	1 Rosada	1 Francia	04	06	82	2	2	1	3	6	SI	SI	12	SI	SI			150981	19	69	Sierra nueva	Tran 73d	
			2 Torres	2 Alejandra									NO	NO	5	NO	NO								
			1	1									SI	SI		SI	SI								
			2	2									NO	NO		NO	NO								
			1	1									SI	SI		SI	SI								
			2	2									NO	NO		NO	NO								
			1	1									SI	SI		SI	SI								
			2	2									NO	NO		NO	NO								
14			1	1									SI	SI		SI	SI								
			2	2									NO	NO		NO	NO								
15			1	1									SI	SI		SI	SI								
			2	2									NO	NO		NO	NO								

SECCIÓN D. DILIGENCIAMIENTO Y DIGITACIÓN

DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA

Nombre de quien diligencia

Nombre de Servidor(a) público(a) responsable

Firma

DIGITACIÓN EN SIRBE

Nombre

Firma

D	D	M	M	A	A	A	A

Tratamiento de datos personales. Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013