

Actividad realizada: Espacios de Autocuidado para mayores de 18 años		Sector catastral: Parkway	
Fecha: 09/ mayo/ 2025	Hora de inicio: 6:00 pm	Hora de finalización: 8:00 pm.	Localidad: Teusaquillo. UPZ: Quinta Pineda.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Qué se hizo en la actividad:

Se realiza jornada de SPAAs de autocuidado con mapas de 18 años, en torno a consumo responsable de sustancias psicoactivas, en el comedor del sector del parkway.

Resultado Cualitativo

- las juventudes participantes se apropiaron de la importancia del consumo responsable de sustancias psicoactivas a través de las 8 C. (Comida, Calidad, Caridad, Convivencia, Consentimiento (condón) Conductor elegido, Conflicto no y compañía). para la prevención de conflictos que afectan la convivencia.

Resultado Cuantitativo

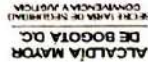
se sensibilizan 27 personas mayores de 18 años.

Observaciones y/o conclusiones

no se adjunta firmas en el acta ya que los miembros participantes se abstienen de brindar información, no obstante se adjunta fotografías de la actividad.

ASISTENTES INSTITUCIONALES

NOMBRE	CARGO	ENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
Luz Herlenny Silva	Gestora	SDSCJ	luz.silva@sdscj.gov.co	318831534	Luz Silva
Carol Jiménez Castañeda	Gestora	SDSCJ	carol.jimenez@sdscj.gov.co	321402050	Carol Jiménez



F-GS-1206
V.1

[illegible]

Scanned with
 CamScanner™

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Al comenzar la actividad, es importante indicar a los asistentes para qué se utilizarán los datos personales suministrados, adicionalmente, se debe dar a conocer el número de la ley reglamentaria.

- **Actividad realizada:** Indique el nombre de la actividad que se realiza
- **Sector Catastral:** Indique el sector catastral donde se realiza la actividad
- **Fecha:** Diligencie la fecha en la que se lleva a cabo la actividad, formato DD/MM/AAAA.
- **Hora de Inicio:** Diligencie la hora exacta en la que inicia la actividad.
- **Hora de Finalización:** Diligencie la hora exacta en la que finaliza la actividad.
- **Localidad:** Indique la localidad en la que se realiza la actividad

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

- **Qué se hizo en la actividad:** Indique el desarrollo de la actividad
- **Resultado Cualitativo:** Indique la información relevante de la actividad que permita reconocer los temas más importantes desarrollados en la actividad
- **Resultado Cuantitativo:** Indique la información cuantitativa relevante en el desarrollo de la actividad, ejemplo: personas, objetos etc.
- **Observaciones y/o conclusiones:** Consigne la información adicional que es relevante para complementar la información registrada en los anteriores ítems y que concluye los logros alcanzados y/o aquella información que se deba tener en cuenta para futuras actividades.

ASISTENTES INSTITUCIONALES

- **Nombres y Apellidos:** Indique el nombre completo
- **Cargo:** Indique el cargo, ejemplo: Contratista
- **Entidad:** Indique la entidad a la que pertenece
- **Correo Electrónico:** Indique el correo electrónico institucional
- **Teléfono:** Indique el número de contacto

LISTADO DE ASISTENTES

(se podrán adicionar los listados de asistentes que se requieran de acuerdo con la naturaleza de la actividad)

- **Nombres y Apellidos:** Indique el nombre completo
- **No. Identificación:** Número de cédula de ciudadanía, cédula de extranjería etc.
- **Edad:** Indique la edad del asistente
- **Identidad de Género:** F: Femenino / M: Masculino / T: Transgenerista
- **Sexo:** M: Mujer / H: Hombre / I: Intersexual
- **Orientación Sexual:** B: Bisexual / HM: Homosexual / HT: Heterosexual
- **Grupo Étnico:** G: Gitano / R: Raizales / A: Afrodescendientes / I: Indígenas / P: Palenqueros(as)
- **Tipo Discapacidad:** F: Física / V: Visual / A: Auditiva / CG: Cognitiva / M: Múltiple / MT: Mental / SC: Sordo ceguera.
*Si usted es cuidador de una persona con cualquiera de los tipos de discapacidad, anteponga la letra C a la discapacidad de la persona a la que cuida. Por ejemplo: Si cuida a una persona con discapacidad cognitiva, Escriba C CG
- **Teléfono fijo o celular:** Indique el número de contacto
- **Email:** Indique el correo electrónico de contacto
- **Autorizo el tratamiento de datos:** Marque una X en la casilla "SI" o "NO"



ACTA DE REUNIÓN

F-FI-1380
V.1

COMPROMISOS			
COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA	RESPONSABLE SEGUIMIENTO

PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN				
Nº	Nombre	Dependencia /Entidad	E-mail	Firma
1	Luz Herlenny Silva	SOSC	luz.silva@scj.gov.co	Luz Silva
2	Valentina Uribe	Polco	W. Uribe@polco.gov.co	Valentina Uribe
3	Wendy Dayana Buno	Polco	— 0 —	Wendy Buno
4	Andri Vanessa Riquelme	Polco	— 0 — 0	Andri Vanessa
5	Javier Martínez	Polco	— 0 —	Javier Martínez
6	Michael Ruiz	Polco	— 0 —	Michael Ruiz
7	Guillermo Páez	F.D.L.T.	— 0 —	Guillermo Páez
8	Carl Jairo Cárdenas	ISRG	carl.jairo@isrg.gov.co	Carl Jairo

Nota. La sección "Participantes de la reunión" estarán en blanco cuando la reunión NO implique toma de decisiones, así:

Medios Virtuales: se anexará el listado de asistencia que genera el aplicativo Teams o el formulario de asistencia desarrollado en el aplicativo Forms.

Medio Presencial: se anexará al acta el formato de listado de asistencia F-FI-1381.



