

Actividad realizada: <u>Acompañamiento a jornadas de recuperación con presencia CTC</u>			Localidad: <u>Rafael Uribe Uribe</u>
			UPZ: <u>Diana Turbay</u>
Fecha: <u>21-Julio-2026</u>	Hora de Inicio: <u>3:00 PM</u>	Hora de finalización: <u>4:00 PM</u>	Sector catastral: <u>Dona Turbay</u>
Direcciones de referencia: <u>Correos 1F #48x sur 40</u>			

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DE LA ACTIVIDAD

Se realiza actividad en respuesta a un derecho de petición, donde se evidencia que no hay presencia permanente de CTC, sino principalmente recicladores y vendedores informales. Se observa acumulación de residuos sólidos, se brinda sensibilización sobre el uso adecuado y manejo del espacio público. Además se verificó en los recicladores si se encontraban caracterizados por UAESP. Nos manifestaron que no. Sensibilizamos a un CTC sobre las ofertas que tiene SDIS el nos manifestaron que no quer

INFORMACIÓN CANTITATIVA DE LA ACTIVIDAD:

Total, Personas Abordadas por el equipo de la SDSCJ	25
Total, Personas Registradas por Autoridades (si aplica)	N/A

Mujeres Abordadas	5	Jóvenes (entre 14 y 28 años).	5	NNA trasladados para restablecimiento de derechos	/
Hombres Abordados	20	Adultos (entre 29 y 59 años).	10		
NNA (entre 5 y 13 años).	/	Adultos mayores (60 o más años).	10		

REGISTRO DE ACTIVIDADES

F-GS-1206
V.3

Otros datos cuantitativos de interés

/ / / /

OBSERVACIONES

Se evidencia mucha basura y vendedores informales que tienen sus puestos en la avenida, lo cual dificulta el transporte vehicular.

ASISTENTES INSTITUCIONALES

NOMBRE	CARGO	ENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
Juan Manuel Rojas	Comité Poblal	Panal	Juan.Rojas335@gmail.com	315400123	
Angie Paola Reyes	Int. patrullero	panal	Angie.reyesgarcia@gmail.com	3102930187	Angie Reyes
Camila Guillen	6 Gestora	SOS CJ		3104105258	
Catherine Honda	Gestora	SOS CJ		3123010025	Catherine
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/

LISTADO DE ASISTENTES DE LA COMUNIDAD

NO.	NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	GRUPO ÉTNICO	CUAL	DISCAPACIDAD	Registro Único de Vecinos	MIGRANTE	TELÉFONO FIJO O CELULAR	EMAIL (SI APLICA)	FIRMA	AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	SI NO



