ACTA

FECHA: Bogotá, julio 26 del 2024

HORA: 7:00 am- 8:00 am

TEMA: Socialización buzón de sugerencias Jardin portal de los sueños

PARTICIPANTES: Familias, padres, madres, cuidadores, acudientes de las niñas y niños del jardin portal de los sueños.

OBJETIVO: Socializar con los padres, madres y acudientes la función que cumple el buzón de sugerencias en la unidad operativa, con el fin de hacerlos participes del uso frecuente de esta herramienta que contribuye con la calidad del servicio prestado.

ORDEN DEL DÍA:

- Saludo de bienvenida
- Socialización buzón de sugerencias

DESARROLLO:

Siendo las 7:00 a.m. la profesional en atención Dianila Leal da la bienvenida a las familias del Jardin portal de los sueños, quienes van llegando a dejar a sus hijos, allí se les invita a observar la cartelera informativa que contiene el uso del buzón de sugerencias, el cual es una herramienta que sirve para que las familias aporten sus inquietudes, sugerencias, quejas, reclamos o peticiones frente al servicio prestado.

Se les indica que el buzón sirve como fuente de felicitaciones al talento humano sobre el

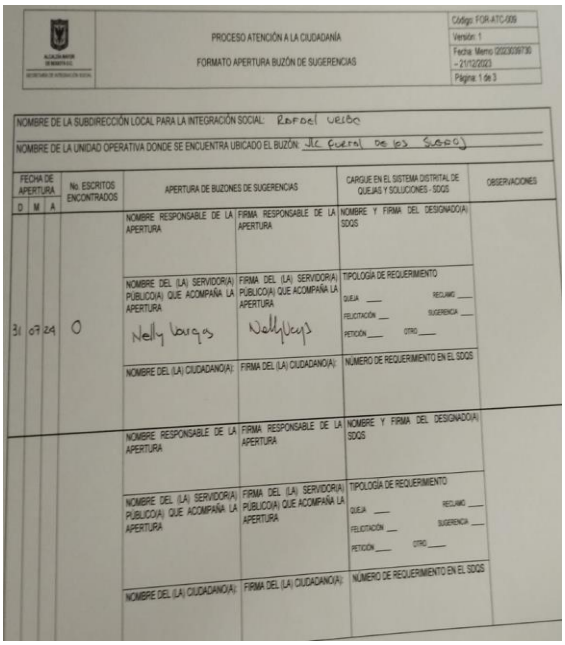
servicio brindado, puesto que no es solo una herramienta, que esta para exponer quejas, sino que también es un mecanismo de comunicación que sirve para dar a conocer sus intereses e ideas sobre el servicio prestado en la unidad operativa.
De igual manera busca generar un espacio de escucha y solución a sus inquietudes buscando siempre la mejora inmediata.
Se les recuerda a los padres que el buzón está disponible de manera permanente, se les agrade la escucha y participación

Se invita igualmente a que dejen de manera escrita cada una de estas solicitudes, puesto que el buzón siempre estará a disposición de todos los usuarios, para cuando cada quien quiera participar.

Se da por terminada la socialización y se anexan firmas y registros fotográficos.







PROCESO ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

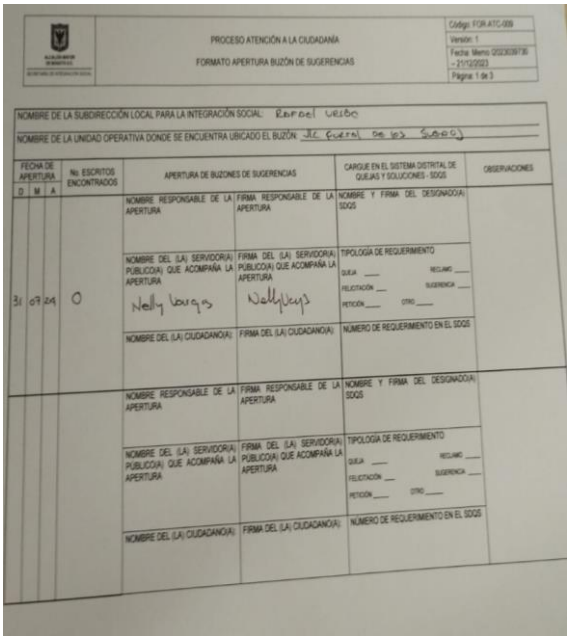
FORMATO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS

Código: FOR-ATC-009
Versión: 1
Fecha: Memo 2023039735 - 21/12/2023
Página: 1 de 3

NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL: Rafael Uribe

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: JIC Fuerte de los Sueños

FECHA DE APERTURA D	M	A	No. ESCRITOS ENCONTRADOS	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS		CARGUE EN EL SISTEMA DISTRITAL DE QUEJAS Y SOLUCIONES - SDQS	OBSERVACIONES
31	07	24	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Nelly Vargas	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Nelly Vargas	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA ___ RECLAMO ___ FELICITACIÓN ___ SUGERENCIA ___ PETICIÓN ___ OTRO ___	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A)	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A)	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	
				NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA ___ RECLAMO ___ FELICITACIÓN ___ SUGERENCIA ___ PETICIÓN ___ OTRO ___	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A)	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A)	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	



PROCESO ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

FORMATO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS

Código: FOR-ATC-009
Versión: 1
Fecha: Memo 2023039735 - 21/12/2023
Página: 1 de 3

NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL: Rafael Uribe

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: JIC Fuerte de los Sueños

FECHA DE APERTURA D	M	A	No. ESCRITOS ENCONTRADOS	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS		CARGUE EN EL SISTEMA DISTRITAL DE QUEJAS Y SOLUCIONES - SDQS	OBSERVACIONES
31	07	24	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Nelly Vargas	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Nelly Vargas	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA ___ RECLAMO ___ FELICITACIÓN ___ SUGERENCIA ___ PETICIÓN ___ OTRO ___	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A)	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A)	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	
				NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA ___ RECLAMO ___ FELICITACIÓN ___ SUGERENCIA ___ PETICIÓN ___ OTRO ___	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A)	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A)	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	

Cra. 7 No. 32 - 16 / Ciudadela San Martín
Secretaría Distrital de Integración Social
Tel.: (1) 327 97 97
www.integracionsocial.gov.co

