ACTA No. 010

FECHA: Fusagasugá, 6/10/2023

HORA: 10:00 a.m.

LUGAR: Comunidad de Cuidado Caminos de Vida

TEMA: Apertura al buzón de sugerencias.

ASISTENTES:

Coordinador, Raúl Martínez
Psicóloga, Viviana Paola Díaz Y
Beatriz Betancourt Quevedo

ORDEN DEL DÍA:

1. Objetivo de la actividad
2. Introducción de la actividad
3. Actividades desarrolladas
4. Materiales para el desarrollo de la actividad
5. Compromisos

DESARROLLO:

1. Ejecución de apertura de buzón en concordancia con lo estipulado en la jornada de fortalecimiento técnico.
2. Se cuenta con los elementos de un buzón de sugerencias, formatos yo opino y bolígrafo, ubicado en la zona social de la casa en donde se encuentran las personas mayores como espectadores, dónde se dispone el lugar para la participación de toda la comunidad, entre los cuales se cuenta con cuidadores y redes sociales, que acompañan el desarrollo del proceso en la vida institucional, con el fin de garantizar el derecho a libre expresión; por medio de documentos escritos que se introducirán en el buzón de sugerencias para atender a la solicitud y para soluciones a posibles peritaciones, quejas, reclamos y /o felicitaciones.

Powered by CamScanner

3. La actividad se desarrolla el día 6/10/2023, en compañía del servidor público de la Secretaría de Integración Social de forma virtual y de las personas Mayores se ejecuta el ejercicio de la apertura del buzón de sugerencia donde se hace la invitación a todos los participantes para ser testigos del proceso, recordándoles la dinámica de participación expresando por medio escrito las situaciones de inconformidad, sugerencia o felicitaciones que tengan ante la prestación del servicio y depositar los documentos en el buzón de sugerencias por parte de las personas o cualquier miembro de la comunidad que libremente expresen sus opiniones, se indica que se dará apertura y seguimiento correspondiente, para brindar cumplimiento oportuno a sus necesidades o requerimiento.
4. El desarrollo de la presente actividad se ejecuta el día 06 de octubre del año 2023 en donde participa las 2 profesionales del área de psicología, en compañía del supervisor de la secretaria Distrital vía virtual y toda la población representativa de la comunidad de cuidado.
5. Se da apertura al buzón de sugerencias en donde no se evidencia formatos diligenciados en la caja de buzón.

Compromisos	**Responsables**	**Fecha de Ejecución**
Ninguno		

Powered by CamScanner

2. Compromisos:
FIRMAS
En constancia de lo anterior firman:

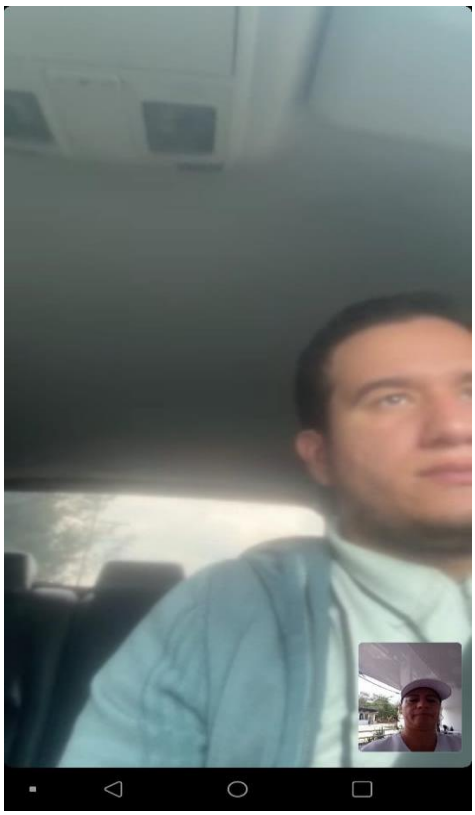
Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Raúl Armando Martínez Moreno	Coordinador	CC caminos de vida	
Rosa Beatriz Betancourt Quevedo.	Psicóloga	CC Caminos de vida	
Giuseppe Soto	Supervisor	Secretaria Distrital	

Anexos: Formato de firmas cuidad

Powered by CamScanner

REGISTRO FOTOGRAFICO APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIA

UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO CAMINOS DE VIDA
LINEA: FAMILIA, PARTICIPACION Y REDES
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: APERTURA DEL BUZON DE SUGERENCIAS
FECHA: 6 DE OCTUBRE DE 2023





ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA FORMATO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS	Código: FOR-ATC-009 Versión: 0 Fecha: Memo I2019039063 – 10/09/2019 Página: 2 de 3

NOMBRE DEL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN:
Zona Social Comunidad de Cuidado Caminos de Vida

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
6	10	23	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Beatriz Betancourth	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA BetmB	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): Blana Nubia Machecha	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A):	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	
13	10	23	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Viviana Paola Diaz	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 _____ FELICITACION ___ SUGERENCIA ____ PETICION _____ OTRO _____	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): Octavio Garcia Delgado	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A):	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	

Powered by CamScanner