ACTA N° 119

FECHA: Fusagasugá,27/03/2024
HORA: 11:00 a.m.
LUGAR: Comunidad de Cuidado Caminos de Vida
TEMA: Acta de apertura al buzón de sugerencias.

ASISTENTES:

Coordinador, Raúl Martínez
Psicóloga, Viviana Diaz

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, ubicado en el lugar más visible de la casa y en donde están las personas mayores de la Comunidad de Cuidado, dónde se dispone el lugar para la participación de todos incluyendo 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, para lo cual se tiene el formato “yo opino” en el cual quedara consignadas las anteriormente nombradas.

3-La actividad se desarrolla el día 27/03/2024, en compañía del servidor público de la Secretaría de Integración Social de forma virtual y de las personas mayores concentrada en la zona social que acompañan de forma como espectador el proceso; 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 y depositar los documentos en el buzón de sugerencias por parte de las personas mayores 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 27 de marzo del 2024 en donde participa el profesional 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:

Compromisos	**Responsable**	**Fecha de Ejecución**
Ninguno		

FIRMAS

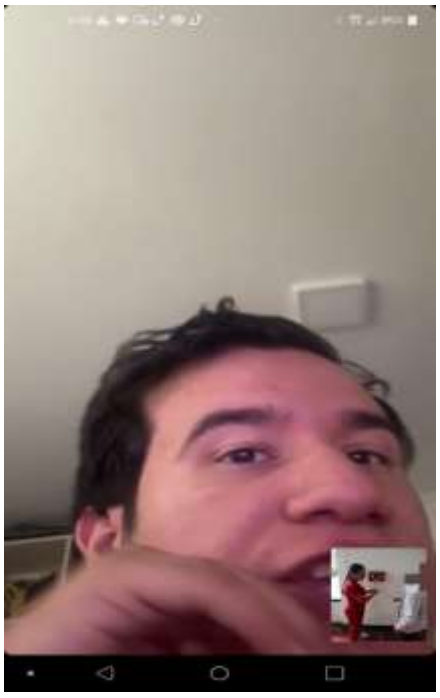
En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	**Cargo o Tipo de vinculación**	**Dependencia**	**Firma**
Raúl Armando Martínez Moreno	Coordinador	CC caminos de vida	
Viviana Paola Díaz	Psicologa	CC Caminos de vida	
Giuseppe Soto	Supervisor	Secretaria Distrital	

REGISTRO FOTOGRAFICO BUZÓN DE SUGERENCIAS

UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE CUMUNIDAD DE CUIDADO CAMINOS DE VIDA
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS
FECHA: 27/03/2024





	PROCESO ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA	Código: FOR-ATC-009
	FORMATO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS	Versión: 0
		Fecha: Memo I2019039063 – 10/09/2019
		Página: 2 de 3

NOMBRE DEL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: 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
27	03	24	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA: Alexandra Camelo	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PUBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Giuseppe Soto C	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA	TIPOLOGIA DE REQUERIMIENTO: QUEJA ____ RECLAMO ____ FELICITACIÓN ____ SUGERENCIA ____ PETICION ____ OTRO ____	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): Gloria Rojas	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A):	NUMERO 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) PUBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA	TIPOLOGIA DE REQUERIMIENTO: QUEJA ____ RECLAMO ____ FELICITACION ____ SUGERENCIA ____ PETICION ____ OTRO ____	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A):	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A):	NUMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	