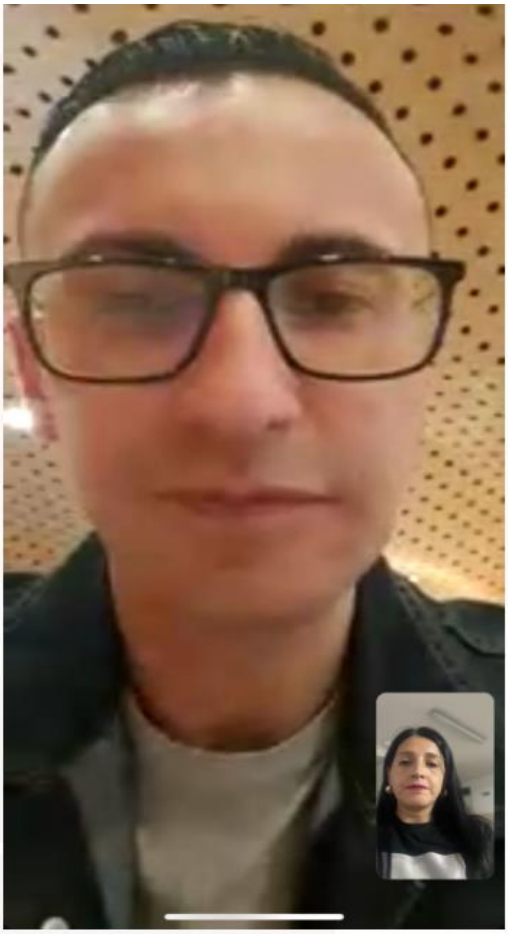
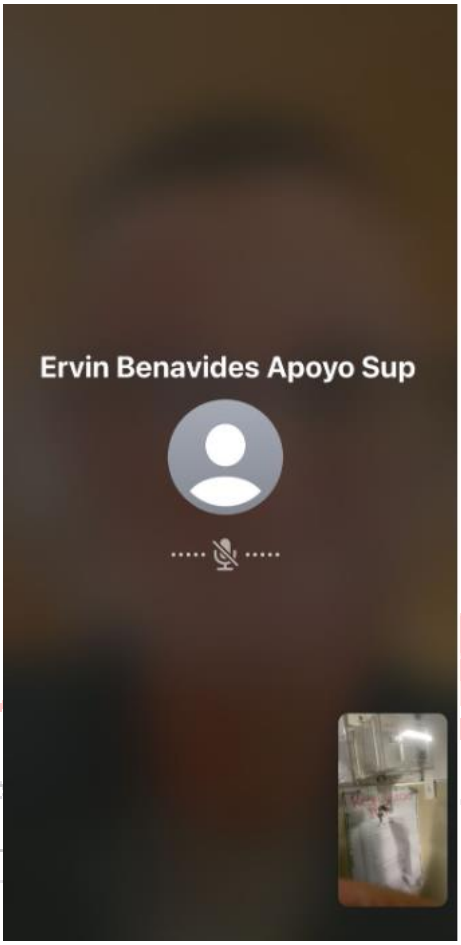
| | | | |
|---|---|---|---|
| Lugar | *Centro de cuidado transitorio memoria saber* | | |
| Fecha | *06/12/2024 - 2:45 pm* | | |
| Tema | *Apertura de Buzón - Virtual* | | |
| Desarrollo | *Se Realiza apertura de buzón, con previa programación por parte de Ervin Benavides Apoyo a la Supervisión.*<br>*videollamada al señor Ervin Benavides con la participación de Diana Rincón (T Social), Carlos Navarrete (Persona Mayor) y el guarda de seguridad, se procede a realizar la apertura de buzón, donde se evidencia 3 felicitaciones las cuales son retiradas y leídas en voz alta junto con los participantes de la apertura, se verifica que el buzón queda completamente vacío procediendo a cerrarlo.* | | |
| Asistentes | Nombre | Cargo/Rol | Dependencia |
| | *Diana Rincón* | *Trabajo Social* | *Memoria y Saber* |
| | *Ervin Benavides* | Contratista | Subdirección para la vejez/Sdis |
| Compromisos | Actividad | Responsable | Fecha límite |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Próxima reunión | *Nueva apertura de buzón 13/12/2024* | | |
| Elaboró | *Diana Rincón- T Social- Memoria y saber* | | |

# REGISTRO FOTOGRAFICO

**FECHA: 06 diciembre 2024**
**HORA: 2:45 pm**
**TEMA: Apertura de Buzon Virtual**
**RESPONSABLE: William Fernández**






Ervin Benavides Apoyo Sup

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código: FOR-GD-023
Versión: 2
Fecha: Memo I2024018963 - 12/07/2024
Página: 1 de 1

1. Tema: APERTURA DE BUZON 2. Lugar o Localidad o Sede: CETH EROMAYS 3. Fecha y hora: 06-12-2024 2:45PM

4. Nombre responsable: DIANA RINCON 5. Dependencia responsable: PSICOSOCIAL

| 6. Ítem | 7. Nombres y Apellidos | 8. Documento de identidad | | 9. Entidad / Dependencia | 10. Rol / Cargo | 11. Planta / Contratista | 12. Correo electrónico | 13. Teléfono y Ext. / Celular | 14. Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 8.1 Tipo | 8.2 Número | | | | | | |
| 1 | DIANA RINCON | CC | 1032372990 | COORDINADOR | T SOCIAL | PLANTA | [illegible] | 3217565936 | |
| 2 | CARLOS NAVARRETE | CC | 17069965 | N/A | N.A | N.A | N/A | N/A | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |

Scanned with CamScanner

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA<br>FORMATO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS | Código: FOR-ATC-009<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2023039730 – 21/12/2023<br>Página: 1 de 3 |
|---|---|---|

NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL:

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: Centro de Cuidado Transitorio Memoria y saber

| 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 | 12 | 24 | 3 | NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA: Diana Rincón O | FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA: Diana Rincón O. | NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS | Se realiza apertura del buzón de sugerencias por parte de Diana Rincon-trabajo social y Eiver Sarmiento de la SDIS, se encontró en el buzón 3 felicitaciones por parte de los usuarios. |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Eiver Benavides | FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: | TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO<br>QUEJA ____ RECLAMO ____<br>FELICITACIÓN X SUGERENCIA ____<br>PETICIÓN ____ OTRO ____ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): Carlos Navarrete | 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<br>QUEJA ____ RECLAMO ____<br>FELICITACIÓN ____ SUGERENCIA ____<br>PETICIÓN ____ OTRO ____ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): | FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): | NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS | |

Scanned with CamScanner

DICIEMBRE 2024

Señoras y señores

memoria y saber

los mejores exitos

para el año venidero

enero 2025.

Se suscribe su amigo

de siempre Gilberto Pérez

P.

Scanned with CamScanner

Fechas de diciembre
Señas de integracion
para felicitar alas
personas las
Señoras de la
Cocina Comas
perzonas muy
buenas perzonas
con los dulces
manos
las señoras de
las vanderas
tambien son
muy buena
perzonas
con nasotras
enfermeria tam
bien son muy buenas
perzonas

Att Juan Muñoz Vila

Bogota D.C.

Señores
Integración Social!

- Felicitar al señor Alto Rincón, con su labor en los amglos del hogar, la señora Yina Ortiz con su amabilidad y atención con nosotros, Cuando hacen la salidas son muy amables y son muy buenas.

Todos los profesionales son muy amables, la atención es buena por parte de ellos.

Felicitaciones a todo el equipo que labora en memoria y saber.- Cocina, lavandería y enfermería

Julio Cuñas villa
CC 10.823.590 Pereira

| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL<br>FORMATO AYUDA DE MEMORIA | Código: FOR-GD-040<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2024016440 – 18/06/2024<br>Página: 1 de 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lugar | Centro de cuidado transitorio memoria saber | | |
| Fecha | 13/12/2024 - 10:55 Am | | |
| Tema | Apertura de Buzón - Virtual | | |
| Desarrollo | Se Realiza apertura de buzón, con previa programación por parte de Ervin Benavides Apoyo a la Supervisión.<br>videollamada al señor Ervin Benavides con la participación de William Fernandez (Coordinador), Luz Cuellar (Persona Mayor) y el guarda de seguridad, se procede a realizar la apertura de buzón, donde no se evidencia ningún escrito como queja, sugerencia, felicitación, se verifica que el buzón queda completamente vacío procediendo a cerrarlo. | | |
| Asistentes | Nombre | Cargo/Rol | Dependencia |
| | William Fernández | Coordinador | Memoria y Saber |
| | Ervin Benavides | Contratista | Subdirección para la vejez/Sdis |
| Compromisos | Actividad | Responsable | Fecha límite |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Próxima reunión | Nueva apertura de buzón 20/12/2024 | | |
| Elaboró | William Fernandez- Coordinadorl- Memoria y saber | | |

AMUCI
UN COMPROMISO SOCIAL
ASOCIACIÓN DE MUJERES MUJER Y CIUDAD
NIT. 830093106-1

# REGISTRO FOTOGRAFICO

**FECHA: 13 diciembre 2024**
**HORA: 10:55 am**
**TEMA: Apertura Buzon 13 diciembre**
**RESPONSABLE: William Fernández G.**







ASOCIACION DE MUJERES




**Cra 9 No. 81 -22 SUR**
**TEL. 6014795494 CEL. 3158685886**
**asociacionamuci@gmail.com**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

**PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL**

**FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA**

| | |
|---|---|
| Código: FOR-GD-023 | |
| Versión: 2 | |
| Fecha: Memo I2024018963 - 12/07/2024 | |
| Página: 1 de 1 | |

1. Tema: APERTURA DE BUZON
2. Lugar o Localidad o Sede: CETH SUBA 45
3. Fecha y hora: 13-12-2024
4. Nombre responsable: WILLIAM FERNANDEZ
5. Dependencia responsable: COORDINACION

| 6. ítem | 7. Nombres y Apellidos | 8. Documento de identidad | | 9. Entidad / Dependencia | 10. Rol / Cargo | 11. Planta / Contratista | 12. Correo electrónico | 13. Teléfono y Ext. / Celular | 14. Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 8.1 Tipo | 8.2 Número | | | | | | |
| 1 | WILLIAM FERNANDEZ | CC | 79447674 | HABITAT 45 | COORDINADOR | CONTRATISTA | wfernandez@habitatbogota.gov.co | 3133760023 | |
| 2 | LUZ QUELLAR | CC | 37241218 | NA | NA | NA | NA | NA. | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |

Tratamiento de datos personales: "En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación.
Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía"

Toda actividad realizada de pausa saludable debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano – Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Scanned with CamScanner

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA<br>FORMATO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS | Código: FOR-ATC-009<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2023039730 – 21/12/2023<br>Página: 1 de 3 |
|---|---|---|

NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL:

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: Centro de Cuidado Fortalecimiento Memoria y Saber

| 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 | 12 | 24 | 3 | NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA: Diana Rincón O | FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA: Diana Rincón O. | NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS | Se realiza apertura del buzón de sugerencias por parte de Diana Rincon-trabajo social y Ervin Benavides de la SDIS, se encontró en el buzón 3 felicitaciones por parte de los usuarios. |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Ervin Benavides | FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: | TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO<br>QUEJA ___ RECLAMO ___<br>FELICITACIÓN X SUGERENCIA ___<br>PETICIÓN ___ OTRO ___ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): Carlos Navarrete | FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): | NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS | |
| 13 | 12 | 24 | Ø | NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA: William Fernandez | FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA: | NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS | APERTURA BUZON NO SE ENCONTRO NINGUN ESCRITO APERTURA REALIZADA POR COORDINADOR WILLIAM FERNANDEZ Y ERVIN BENAVIDES. |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Ervin Benavides | FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: | TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO<br>QUEJA ___ RECLAMO ___<br>FELICITACIÓN ___ SUGERENCIA ___<br>PETICIÓN ___ OTRO ___ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): Luz Cuellar | FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): | NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS | |

Scanned with CamScanner

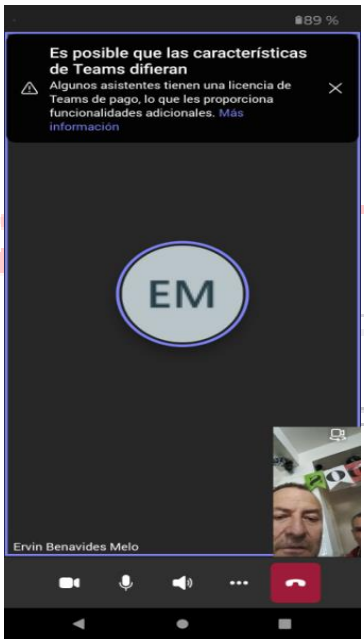
| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL<br>FORMATO AYUDA DE MEMORIA | Código: FOR-GD-040<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2024016440 – 18/06/2024<br>Página: 1 de 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lugar | Centro de cuidado transitorio memoria saber | | |
| Fecha | 23/12/2024 - 11:20 am | | |
| Tema | Apertura de Buzón - Virtual | | |
| Desarrollo | Se Realiza apertura de buzón, con previa programación por parte de Ervin Benavides Apoyo a la Supervisión.<br>videollamada al señor Ervin Benavides con la participación de William Fernández (Coordinador), José Joaquín Lizarazo (Persona Mayor) y el guarda de seguridad, se procede a realizar la apertura de buzón, donde se evidencian dos escritos que corresponden a felicitaciones por la labor realizada en Memoria y saber, se verifica que el buzón queda completamente vacío procediendo a cerrarlo. | | |
| Asistentes | Nombre | Cargo/Rol | Dependencia |
| | William Fernández | Coordinador | Memoria y Saber |
| | Ervin Benavides | Contratista | Subdirección para la vejez/Sdis |
| Compromisos | Actividad | Responsable | Fecha límite |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Próxima reunión | Nueva apertura de buzón 27/12/2024 | | |
| Elaboró | William Fernández- Coordinador- Memoria y saber | | |

AMUCI
UN COMPROMISO SOCIAL
ASOCIACIÓN DE MUJERES MUJER Y CIUDAD
NIT. 830093106-1

# REGISTRO FOTOGRAFICO

**FECHA: 23 diciembre 2024**
**HORA: 10:20 am**
**TEMA: Apertura de Buzon**
**RESPONSABLE: William Fernández**






ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

**PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL**

**FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA**

| | |
|---|---|
| Código: FOR-GD-023 | |
| Versión: 2 | |
| Fecha: Memo I2024018963 - 12/07/2024 | |
| Página: 1 de 1 | |

1. Tema: APERTURA BILSON 2. Lugar o Localidad o Sede : CET MEMORIA 3. Fecha y hora: 23-02-2024

4. Nombre responsable: WILLIAM FERNANDEZ G 5. Dependencia responsable: COORDINACION

| 6. Ítem | 7. Nombres y Apellidos | 8. Documento de identidad | | 9. Entidad / Dependencia | 10. Rol / Cargo | 11. Planta / Contratista | 12. Correo electrónico | 13. Teléfono y Ext. / Celular | 14. Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 8.1 Tipo | 8.2 Número | | | | | | |
| 1 | WILLIAM FERNANDEZ | CC | 79497674 | MEMORIA Y P | COORDINADOR | CONTRATISTA | wfernandez74@hotmail.com | 3133760023 | |
| 2 | JOSE J. LIZARAZO | CC | 5580988 | NA | NA | NA | NA | NA | JOSE LIZARAZO |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |

**Tratamiento de datos personales:** "En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación.
**Por lo anterior**, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía"

**Toda actividad realizada de pausa saludable debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano – Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.**

Scanned with CamScanner

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA<br>FORMATO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS | Código: FOR-ATC-009<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2023039730 – 21/12/2023<br>Página: 1 de 3 |
|---|---|---|

NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL: NIVEL CENTRAL

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: CENTRO CUIDADO TERRITORIO MEMORIA Y SABER

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 12 | 2024 | 2 | NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA<br>WILLIAM FERNANDEZ | FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA | NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS | EN EL MOMENTO DE LA APERTURA SE ENCONTRARON DOS ESCRITOS (FELICITACIONES) |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA<br>ERVIN BENAVIDEZ | FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA | TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO<br>QUEJA ____ RECLAMO ____<br>FELICITACIÓN X SUGERENCIA ____<br>PETICIÓN ____ OTRO ____ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A):<br>JOSE JOAQUIN LIZARAZO | FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A):<br>José J. Lizarazo | 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<br>QUEJA ____ RECLAMO ____<br>FELICITACIÓN ____ SUGERENCIA ____<br>PETICIÓN ____ OTRO ____ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): | FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): | NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS | |

Escaneado con CamScanner

Fecha: 23-12-2024.

Hora: 11.20 a.m. x p.m.

Lugar donde fue atendido MEMORIA YSABEL

Servicio utilizado DIA Y NOCHE

Registre aquí su petición

YO LUZ CUELLAR AGRADEZCO AL PERSONAL DE MEMORIA YSABEL POR LA ATENCION Y EL CARIÑO QUE TIENEN A LA PERSONA MAYOR.

. AGRADESCO EL APOYO EMOCIONAL QUE TIENEN AL MOMENTO DE REALIZAR LAS ACTIVIDADES

GRACIAS POR EL ALIMENTO, POR LA ESTADIA Y POR EL CARIÑO QUE NOS BRINDAN A CADA UNO.

**Datos personales**

LUZ CUELLAR — Nombre(s) Y Apellido(s)

No. — Documento de Identidad

Dirección

Teléfono(s) de residencia

Scanned with CamScanner

Yo opino

Fecha: 19

Hora: 830 a.m.: p.m.

Lugar donde fue atendido Parque la Florida

Servicio utilizado un bus Particular

Registre aquí su petición Le doy gracias a Dios.
por en contrarme en este lugar que se llama Memoria y Saber.
y le doy gracias a la Señora Yesa, y Ha mi jefe don Wilbion
y a todos los profesionales que trabajan en este lugar donde nos tratan
muy bien Ayer nos llevaron a un paseo donde me sentí como en el campo donde
respiramos, aire puro. donde disfrutamos un almuerzo que nunca lo Ha
via hecho en otro Lugar. un Hasado con leño delicioso..
y Jugamos vingo porques y domino cantamos y fuimos muy felices.
gracias Ha integracion social, que nos quieren tanto al adulto mayor.
que Dios los bendiga, a todos y a todas. y Feliz navidad y un
Feliz Año nuevo 2025 llenos de prosperidad y Salud y
Mucho Amor les desea Maria Lilia besos y Abrazos.

**Datos personales**

No.

| Nombre(s) Y Apellido(s) | Documento de Identidad |
|---|---|
| Maria Lilia Aguelo | 29377385 |
| **Dirección** | **Teléfono(s) de residencia** |
| Cundinamarca | 3224799822 |
| **Barrio / Ciudad / Municipio** | **Correo Electrónico** |

SERVICIO INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA SIAC | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | BOGOTÁ

Scanned with CamScanner

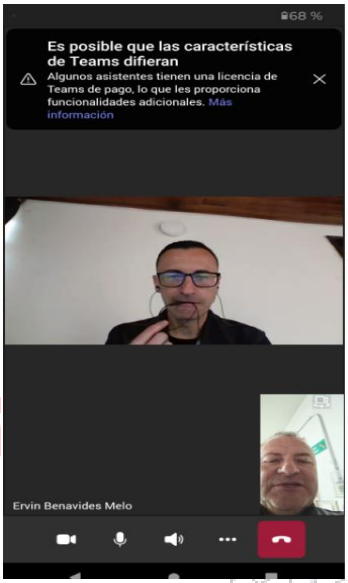
| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL<br>FORMATO AYUDA DE MEMORIA | Código: FOR-GD-040<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2024016440 – 18/06/2024<br>Página: 1 de 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lugar | Centro de cuidado transitorio memoria saber | | |
| Fecha | 27/12/2024 – 09:50 am | | |
| Tema | Apertura de Buzón - Virtual | | |
| Desarrollo | Se Realiza apertura de buzón, con previa programación por parte de Ervin Benavides Apoyo a la Supervisión.<br>videollamada al señor Ervin Benavides con la participación de William Fernández (Coordinador), Tiberio Lopez (Persona Mayor) y el guarda de seguridad, se procede a realizar la apertura de buzón, donde se evidencian que no se encontraron escritos, se verifica que el buzón queda completamente vacío procediendo a cerrarlo. | | |
| Asistentes | Nombre | Cargo/Rol | Dependencia |
| | William Fernández | Coordinador | Memoria y Saber |
| | Ervin Benavides | Contratista | Subdirección para la vejez/Sdis |
| Compromisos | Actividad | Responsable | Fecha límite |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Próxima reunión | Nueva apertura de buzón 03/01/2025 | | |
| Elaboró | William Fernández- Coordinador- Memoria y saber | | |

AMUCI
UN COMPROMISO SOCIAL
ASOCIACIÓN DE MUJERES MUJER Y CIUDAD
NIT. 830093106-1

## REGISTRO FOTOGRAFICO

**FECHA: 27 diciembre 2024**
**HORA: 09:50 am**
**TEMA: Apertura de Buzon**
**RESPONSABLE: William Fernández**










**Cra 9 No. 81 -22 SUR**
**TEL. 6014795494 CEL. 3158685886**
**asociacionamuci@gmail.com**

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL<br>FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA | Código: FOR-GD-023<br>Versión: 2<br>Fecha: Memo I2024018963 - 12/07/2024<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

1. Tema: APERTURA BUZON 2. Lugar o Localidad o Sede: PUENTE ARANDA Fecha y hora: 27-12-24 - 9:50 AM

4. Nombre responsable: WILLIAN FERNANDEZ 5. Dependencia responsable: MEMORIA Y SABER

| 6. Ítem | 7. Nombres y Apellidos | 8. Documento de identidad | | 9. Entidad / Dependencia | 10. Rol / Cargo | 11. Planta / Contratista | 12. Correo electrónico | 13. Teléfono y Ext. / Celular | 14. Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 8.1 Tipo | 8.2 Número | | | | | | |
| 1 | WILLIAN FERNANDEZ | CC | 79497674 | MEMORIA Y | COORDINADO | CONTRAT | WFCHANDEZ@HOTMAIL.COM | 313376 | |
| 2 | TIBERIO LOPEZ | CC | 17110949 | NA | NA | NA | NA | NA | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |

Tratamiento de datos personales:"En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación.
Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía"

Toda actividad realizada de pausa saludable debe ser reportada al Proceso Gestión de Talento Humano – Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Scanned with CamScanner

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA<br>FORMATO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS | Código: FOR-ATC-009<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2023039730 – 21/12/2023<br>Página: 1 de 3 |
|---|---|---|

NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL: NIVEL CENTRAL

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: CENTRO CUIDADO TERRITORIO MEMORIA Y SABER

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 12 | 2024 | 2 | NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA: WILLIAM FERNANDEZ | FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA | NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS | EN EL MOMENTO DE LA APERTURA SE ENCONTRARON DOS ESCRITOS (FELICITACIONES) |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: ERVIN BENAVIDES | FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA | TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO<br>QUEJA ____ RECLAMO ____<br>FELICITACIÓN X SUGERENCIA ____<br>PETICIÓN ____ OTRO ____ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): JOSE JOAQUIN LIZARAZO | FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): Jose J. Lizarazo | NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS | |
| 27 | 12 | 2024 | 0 | NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA: WILLIAM FERNANDEZ | FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA | NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS | EN EL MOMENTO DE LA APERTURA NO SE ENCONTRO NINGUN ESCRITO |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: ERVIN BENAVIDES | FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA | TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO<br>QUEJA ____ RECLAMO ____<br>FELICITACIÓN ____ SUGERENCIA ____<br>PETICIÓN ____ OTRO ____ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): TIBERIO LOPEZ | FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): | NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS | |

Scanned with CamScanner