Lugar	Centro Transitorio Samper Mendoza
Fecha	03/01/2025 Hora: De 10:10 am a 10:20 am
Tema	Apertura buzón de sugerencias
Desarrollo	• Se realiza video llamada • Apertura del buzón. • Diligenciamiento del debido formato. Siendo las 10:10 am se da inicio a la apertura del buzón de sugerencias en compañía de la persona mayor Álvaro Varela, la coordinadora Ivon Campos, el referente técnico de la subdirección para la vejez Ervin Benavides, el guarda de seguridad Camilo Torres y la psicóloga Diana Pineda. Durante la apertura se encontraron dos (2) quejas de la persona mayor Carlos Tamayo en las cuales manifiesta inconformidad con el servicio donde refiere: *"Me están negando los alimentos, me están negando el uso de los computadores, me están negando el derecho al descanso y el albergue en la noche".* Los psicólogos del servicio y la coordinadora del Centro Transitorio Samper Mendoza se reúnen con la persona mayor Carlos Tamayo con el fin de escucha sus inconformidades y llegar a acuerdos, pero en dicha conversación se evidencia que al señor Carlos Tamayo se le dificulta el cumplimiento de normas y horarios, y cuando se le recuerda que el servicio tiene uno horarios estipulados para cada actividad, refiere que eso es negarle el servicio. De la misma manera se evidencia que la persona mayor presenta dificultad para crear compromisos. En vista que la persona mayor continua manifestando inconformidad por el servicio, se le invita a tomar el servicio en otro de los centros Transitorios, recordándole la dirección de los mismos, pero la persona mayor refiere no estar interesado en asistir a otro centro.

Scanned with CamScanner

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">Para verificación se anexa:
Registro fotográfico
Formato planilla de asistencia FOR – GD- 023
Formato apertura buzón de sugerencias
Siendo las 10:20am se da cierre al espacio</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Asistentes</td><td>Nombre</td><td>Cargo/Rol</td><td>Dependencia</td></tr>
<tr><td>Ivon Andrea Campos</td><td>Coordinadora</td><td>Centro Transitorio Samper Mendoza</td></tr>
<tr><td>Diana Ximena pineda</td><td>Psicóloga</td><td>Centro Transitorio Samper Mendoza</td></tr>
<tr><td>Álvaro Varela Reyes</td><td>Persona mayor participante del servicio</td><td>No aplica</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Compromisos</td><td>Actividad</td><td>Responsable</td><td>Fecha límite</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Próxima reunión</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>Elaboró</td><td colspan="3">Diana Ximena Pineda – Psicóloga</td></tr>
</table>

Scanned with CamScanner

ANEXOS

Registro Fotográfico	Nombre de la actividad
Responsable: Diana Pineda Fecha: 03/01/2025	Apertura buzón de sugerencias
	
	

Scanned with CamScanner

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 buzon de sugerencias | **2. Lugar o Localidad o Sede :** C.T. Samper Mendoza | **3. Fecha y hora:** 03/01/2025 De 10:10am a 10:20am

4. Nombre responsable: Diana Pineda - Psicologa | **5. Dependencia responsable:** C.T. Samper Mendoza

6. Item	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	Alvaro Varela R	c.c.	14990621	No aplica	Persona Mayor	No Aplica	No aplica	No aplica	
2	Diana X. Pineda	c.c	1023861669	CT. Samper Mendoza	Psicologa	Contratista	dixipisa77@gmail.com	3133280566	Diana Pineda
3	Camilo Torres	C.C.	1023912985	CT SAMPER M	Guarda Seg.	Contratista	Tobatorres@gmail.com	No Aplica	
4	Ivon A Campos	C.C	52727089	CT Sampa M	Coordinadora	Contratista	ivanayu1@gmail.com	3227478104	
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 Gestion de Talento Humano – Sistema de Gestion 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 FORMATO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS	Código: FOR-ATC-009 Versión: 1 Fecha: Memo I2023039730 – 21/12/2023 Página: 1 de 3

NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL: No aplica

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: Centro Transitorio Samper Mendoza

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
03	01	2025	2.	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Ivon Andrea Campos.	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS **Jennyfer Murillo**	En la apertura del buzon de Sugerencias se encuentran dos (2) quejas de la Persona Mayor Carlos Guillermo Tamayo Lombana
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Ewin Benavides.	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA X RECLAMO ____ FELICITACIÓN ___ SUGERENCIA ___ PETICIÓN ____ OTRO ____	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): Alvaro Varela.	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) 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):	NUMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	

Scanned with CamScanner