Lugar	Comunidad de Cuidado San José
Fecha	27/02/2025 1:40 pm. a 2:00 pm
Tema	Apertura de buzón
Desarrollo	**ORDEN DEL DÍA:** **1**. Objetivo de la actividad **2**. Introducción de la actividad **3.** Metodología **4**. Materiales para el desarrollo de la actividad **1. Objetivo de la actividad** Ejecutar la apertura de buzón en concordancia con lo estipulado en la jornada de fortalecimiento técnico, garantizando la disposición de este canal de comunicación para las personas mayores. 2. **Introducción de la actividad** El buzón de sugerencias, ubicado en el lugar más visible en un área común y en donde se encuentran ubicadas personas mayores de la Comunidad de Cuidado, el cual se dispone 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 tal fin se cuenta con el formato “yo opino” en el cual

quedara consignadas las anteriormente nombradas.

3. Metodología

El día 27 de febrero del 2025, en compañía del servidor público de la Secretaría de Integración Social, de manera virtual y con las personas mayores concentradas 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.

El desarrollo de la presente actividad se ejecutó el 27 de febrero del 2025, en donde participo el profesional de psicología, en compañía de la supervisora de la secretaria Distrital y toda la población representativa de la comunidad de cuidado.

4. Materiales para el desarrollo de la actividad

- Formato apertura de buzón FOR-ATC-009.
- Formatos YO OPINO.
- Caja de buzón.
- Esfero.
- teléfono con cámara.

	• Conexión a internet. **Anexos:** Registro fotográfico apertura buzón de sugerencias. Formato de apertura de buzón de sugerencias FOR-ATC-009		
Asistentes	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia
	Yennifer Tatiana Murcia	Coordinadora	C.C San José
	Johanna Mesa Camelo	Psicóloga	C.C San José
Compromisos	Actividad	Responsable	Fecha límite
	N/A	*N/A*	*N/A*
Próxima reunión	*N/A*		
Elaboró	*Johanna Mesa Camelo*		

REGISTRO FOTOGRAFICO APERTURA DE BUZÓN

UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE CUMUNIDAD DE CUIDADO SAN JOSE
FECHA: 27/02/2025



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 2

NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL: NO APLICA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: Comunidad de Ciudados San José

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
05	02	2025	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Johanna Mesa Camelo	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Zaida Dangond	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Se adjunta evidencias planilla asistencia Teams.	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA ____ RECLAMO ____ FELICITACION ___ SUGERENCIA ___ PETICION ____ OTRO ____	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): Luis Alberto Falatar	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A):	NUMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	
14	02	2025	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Johanna Mesa Camelo	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Zaida Dangond	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Se adjunta evidencias planilla asistencia Teams	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA ____ RECLAMO ____ FELICITACION ___ SUGERENCIA ___ PETICION ____ OTRO ____	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): Felix Otalora	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A):	NUMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	

Powered by 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: 2 de 2

NOMBRE DE LA SUBDIRECCION LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE: NO APLICA

NOMBRE DEL LA UNIDAD OPERATIVA DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: Comunidad de Ciudado San Jose

FECHA DE APERTURA			No. ESCRITOS ENCONTRADOS	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS		CARGUE EN EL SISTEMA DISTRITAL DE QUEJAS Y SOLUCIONES - SDQS	OBSERVACIONES
D	M	A					
20	02	2025	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Johanna Mesa Camelo	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Zaida Pongard	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Se adjunta evidencia planilla asistencia Teams.	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA ____ RECLAMO ____ FELICITACION ___ SUGERENCIA ____ PETICION ____ OTRO ____	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): Maria Peña	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): No firma	NUMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	
27	02	2025	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Johanna Mesa Camelo	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Maria Peña	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): Zaida Pongard	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): Zaida Pongard.	NUMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	

Powered by CamScanner