Lugar	*Comunidad de cuidado Casa Santa María*		
Fecha	*13/03/2025 5:00 p.m. a 5:30 p.m.*		
Tema	*Apertura del buzón de sugerencias*		
Desarrollo	*Siendo las 5:00 p.m. se procede a realizar la apertura del buzón de sugerencias "Yo Opino" que se encuentra en la sala de televisión principal de la Casa Santa María. Para ello se contó con la veeduría de la persona mayor Rosalba Escobar, María Camila Rivera. (Trabajadora Social) y de manera presencial Diana Alexandra Angulo del equipo técnico de supervisión de la SDIS. En el interior del Buzón se encontraron 1 (un) formato diligenciado, se procede a realizar la lectura de este, a continuación, se transcribe textualmente su contenido:* Fecha: 07/03/2025 Hora: 7:30 a.m. Servicio utilizado: Adulto mayor Registro: Doctora Mary Luz, esta es para saludarla, que este muy bien este día, esta es para felicitarla junto con su equipo de trabajo y a la señorita Paula y trabajadora social las felicito por sus talleres porque son ejemplares y a Paulita doy mil bendiciones por el acompañamiento al colegio, a todos mil bendiciones y sus familias también, muchas felicitaciones talento de enfermería. Gracias, perdónenme la letra, con mucho amor. Nombres y apellidos: Marina Niño. Documento: 5156226413 Teléfono: 3008250776 Se procede a realizar el cierre del buzón nuevamente por parte de la persona mayor. Y a tomar las firmas de los testigos del proceso y responsable en el formato de apertura de buzón. Anexos: Formato apertura del buzón de sugerencias, registro fotográfico, escrito. Siendo las 5:30 p.m., se da por finalizado el proceso de apertura del buzón de sugerencias.		
Asistentes	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia
	ROSALBA ESCOBAR	*Participante*	*COMUNIDAD DE CUIDADO CASA SANTA MARÍA*
	DIANA ALEXANDRA ANGULO	*Equipo de apoyo de la supervisión*	SDIS
	CAMILA RIVERA	*Trabajadora Social*	*COMUNIDAD DE CUIDADO CASA SANTA MARÍA*

Compromisos	Actividad	Responsable	Fecha límite
	Elaboración Ayuda de Memoria.	*Myriam Cantor C.*	*13/03/2025*
Próxima reunión	*20/03/2025*		
Elaboró	*Myriam Cantor Cortes*		

	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 SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE: NO APLICA.

NOMBRE DEL LA UNIDAD OPERATIVA DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: Comunidad de Cuidado Hogar Casa Santa María.

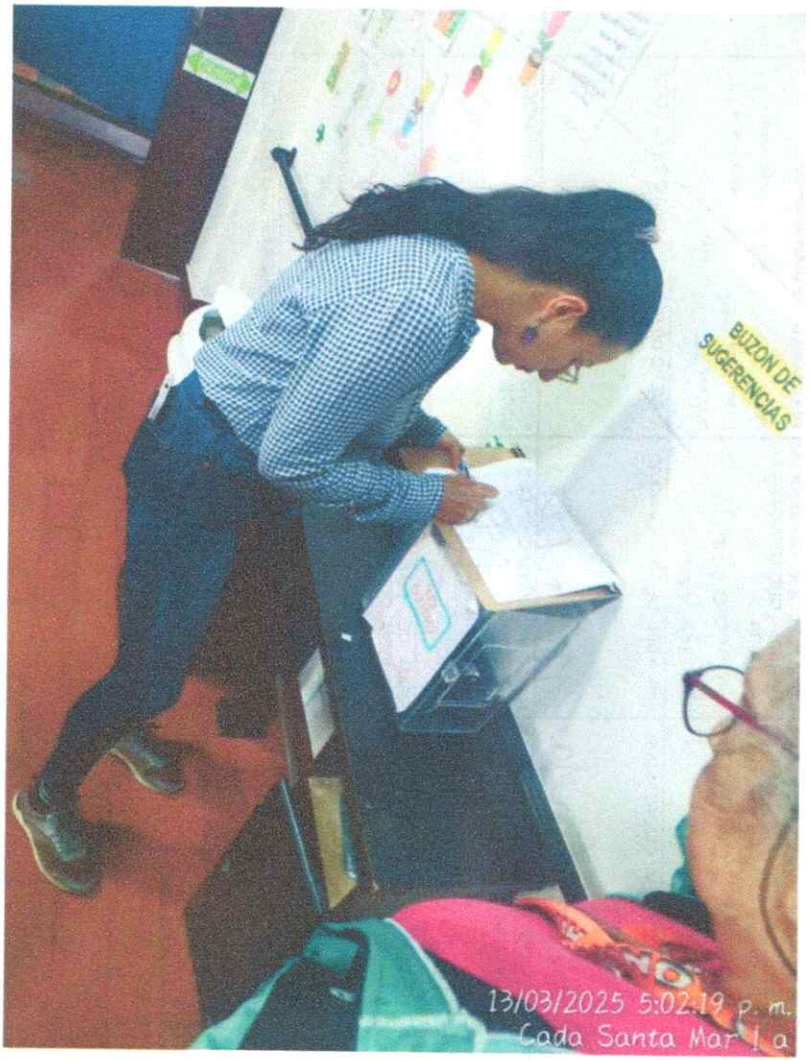
FECHA DE APERTURA			No ESCRITOS ENCONTRADOS	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS		CARGUE EN EL SISTEMA DISTRITAL DE QUEJAS Y SOLUCIONES - SDQS	OBSERVACIONES
D	M	A					
06	03	25	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Diana Camila Varón.	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Alejandro Zamora.	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Ver anexo planilla de asistencia	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA ___ RECLAMO ___ FELICITACION ___ SUGERENCIA ___ PETICIÓN ___ OTRO ___	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A) María Ana Cardela.	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A) María	NUMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	
13	03	20 25	1	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA María Camila Rivera	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PUBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Diana Alexandra Anguio A.	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PUBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA ___ RECLAMO ___ FELICITACION X SUGERENCIA ___ PETICIÓN ___ OTRO ___	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A) Rosalba Escobar G.	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A)	NUMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	

Powered by CamScanner

REGISTRO FOTOGRAFICO

13/03/2025

Apertura de buzón.



Fecha 03/2015

Hora 7:30 a.m. p.m.

Lugar donde fue atendido CASA SANTAMARIA

Servicio utilizado HOSPITALIZACION

Registre aqui su sugerencia o inquetud. DOCTORA MARILU Z
Esta es PARA SALUD QUE ETE MI VIDA
EN ESTE DIA ESTAS PARA FELICITARLA
JUNTO CON SUS TRABAJOS

Y A LA SEÑORITA PAULA TRABAJO RE-
SOSA LAS FELICITO POR SUS TALLERES
PORQUE SON UNOS EJEMPLARES Y
APAULITA TODAS MIL BENDICIONES POR EL
ACOMPAÑAMIENTO AL COLEGIO A TODA
MIL BENDICIONES Y SUS FAMILIAS
TAMBIEN MUCHAS FELICITACIONES
TALENTO DE ENFERMERIA

Datos personales GRACIAS PERDONEME LA LETRA
CON MUCHO AMOR

MARINA NAVARRO
Nombre(s) Y Apellido(s)

No. 51562643

Documento de Identidad

SUBA ALTA
Direccion

3008250746
Telefono(s) de residencia

BOGOTA
Barrio / Ciudad / Municipio

E-mail

SIAC
SERVICIO INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | BOGOTÁ

Powered by CamScanner