ACTA No. 719 CC CAMINOS DE VIDA

FECHA: Fusagasugá, Octubre/14/2022

HORA: 3:30 am

LUGAR: Comunidad de Cuidado Caminos de Vida

TEMA: Acta apertura de buzón de sugerencias en concordancia con las actividades programadas.

ASISTENTES:

Coordinador, Raúl Martínez
Psicóloga, Argenis Ramírez Pulido

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. Anexos Evidencias fotográficas de las actividades; acta y planilla de asistencia

DESARROLLO:

- La actividad da lugar a la participación activa de las personas mayores en la apertura del buzón de sugerencia con el fin de dar mejoras a las sugerencias, inquietudes o posibles quejas o reclamos que se puedan depositar en el buzón la actividad se realiza con las debidas medidas de bioseguridad.
- Se da desarrollo de la actividad el día 14/10/2022 donde se convoca a las personas mayores recordándoles la importancia de la participación, dando instrucción del uso debido del buzón de sugerencia donde se dispone de un formato "Yo opino" en blanco y lapicero para el registro de expresión de las personas mayores en aras de realizar seguimiento y cumplimiento oportuno a las necesidades u observaciones.

Powered by CamScanner

- El desarrollo de la presente actividad se da el día 14 de Octubre 2022, donde se dispone el profesional de psicología acompañado de la Secretaria Distrital de Integración Social vía telefónica y personas mayores de la comunidad de cuidado.
- Se da apertura del buzón, donde no se evidencia ningún contenido; se hace énfasis en la participación de la dinámica a la población presente, recordándoles que es un derecho de cada uno poder expresarse.
- Se dirige a la población recordándoles la importancia de que ellos se puedan expresar ante cualquier necesidad o inconformidad que puedan haber percibido durante la estancia en la comunidad de cuidado. .
  En el desarrollo de la actividad se da uso al espacio social donde se encuentra ubicado el buzón de sugerencias; el proceso se realiza con el uso de protocolo de bioseguridad alcohol antiséptico al 70%. Se finaliza realizando cierre del buzón en presencia de las personas mayores verificando que esté completamente vacío.

1. Compromisos

2.

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
Ninguno		

Compromisos:
FIRMAS

En constancia de lo anterior firman:

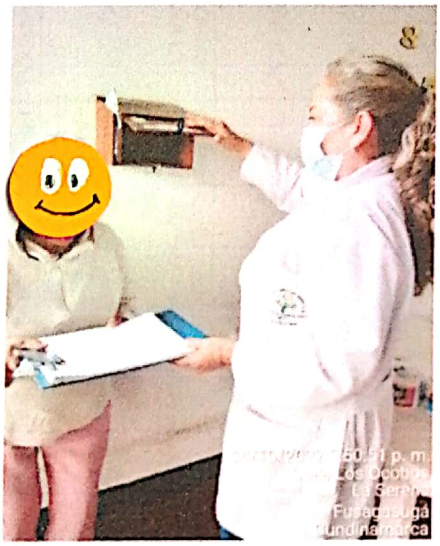
Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Raúl Armando Martínez Moreno	Coordinador	CC caminos de vida	
Argenis Ramírez	Psicóloga	CC Caminos de vida	

Anexos: Formato de firmas cuidadores

Powered by CamScanner

6. EVIDENCIA FOTOGRAFICA

UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO
CAMINOS DE VIDA
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: APERTURA DE BUZON
FECHA: 14/10/2022





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: 0 Fecha: Memo I2019039063 – 10/09/2019 Página: 1 de 3

NOMBRE DEL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: _____

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					
07	10	22	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA: Yoyanis Ramirez	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA:	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Camilo Alvarez	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Via Virtual	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA _____ RECLAMO _____ FELICITACIÓN ___ SUGERENCIA ____ PETICIÓN _____ OTRO _____	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A):	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): Juvenal Garcia	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	
14	10	22	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA: Yoyanis Ramirez	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA:	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Camilo Andres	FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: Via Virtual	TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO QUEJA _____ RECLAMO _____ FELICITACIÓN ___ SUGERENCIA ____ PETICIÓN _____ OTRO _____	
				NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): Amanda Velandia	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): Amanda Velandia	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	

Powered by CamScanner