

ACTA No.205

FECHA: Fusagasugá, 11/08/2023

HORA: 11:00 a.m.

LUGAR: Comunidad de Cuidado Caminos de Vida

TEMA: Apertura buzón de sugerencias en concordancia con

ASISTENTES:

Coordinador, Raúl Martínez
Psicóloga, Argenis Ramírez

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. Compromisos

DESARROLLO:

1. Se realiza la apertura de buzón, estipulado en la jornada de fortalecimiento técnico. Se dispone el lugar dando información del ejercicio de la apertura de buzón; se encuentran los elementos del buzón de sugerencias, formatos y opino y bolígrafo, se inicia realizando la socialización a toda la población que se encuentra en el área que está ubicado en la zona social de la Comunidad de Cuidado, en donde permanecen la población mayor; se hace partícipe a la población presente para la apertura del buzón, recordándoles que la caja del buzón de sugerencias, está dispuesta a recibir lo que bien puedan expresar por medio escrito (quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones); se indica que está dispuesto para la participación de todas las personas mayores, cuidadores y redes sociales que acompañan el desarrollo del proceso en la vida institucional, con el fin de garantizar el derecho a la libre expresión y dar pronta solución a lo que se expone en los escritos en la dinámica de la apertura del buzón.

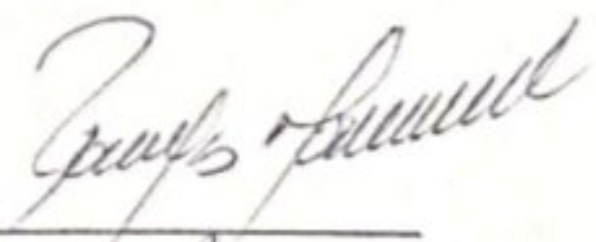
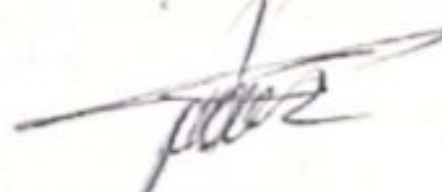
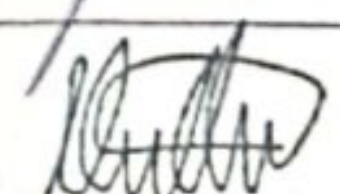
2. Se realiza video llamada para el acompañamiento del proceso al servidor público acompañante. La actividad se realiza el día 11 de agosto de 2023 liderado por la profesional de psicología, en acompañamiento de supervisor de la Secretaria de Integración Social de forma virtual y una persona representante de las personas mayores quienes realizan el ejercicio de apertura de buzón de sugerencia y registro de firma.
3. Se da apertura al buzón de sugerencias en donde no se evidencia formatos diligenciados que correspondan a quejas, reclamos o sugerencias. Se realiza cierre del buzón, realizando el fortalecimiento de uso del mismo.

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
Ninguno		

2. Compromisos:

FIRMAS

En constancia de lo anterior firman:

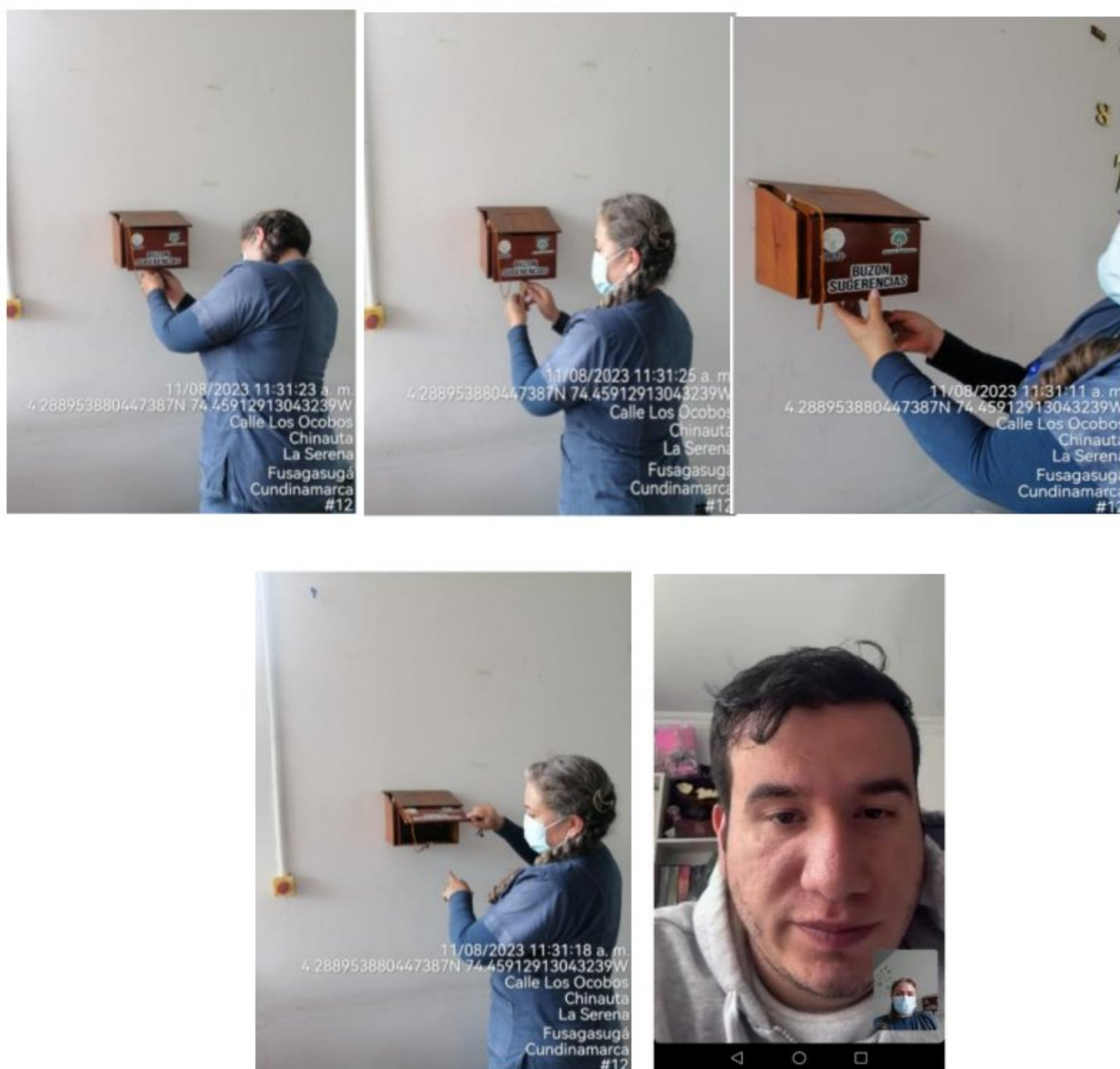
Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Raúl Armando Martínez Moreno	Coordinador	CC caminos de vida	
Argenis Ramírez	Psicóloga	CC Caminos de vida	
Giuseppe Soto	Supervisor	Secretaria Distrital	

6. EVIDENCIA FOTOGRAFICA

UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO CAMINOS DE VIDA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIAS

FECHA: 11/08/2023





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INCLUSIÓN 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:

Zona Social de la Comunidad de Ciudad Caminos de Vida.

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		NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
4	09	23	○	NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Giuseppe Soto	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): Fatima	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): 	NUMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	
				NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Jorge Luis Ramirez	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA 	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
11	08	23	○	NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Giuseppe Soto	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): Ana Maria Aguirre	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): 	NUMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	
				NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Jorge Luis Ramirez	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA 	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	