| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA<br>FORMATO APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS | Código: FOR-ATC-009<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2023039730 – 21/12/2023<br>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: CENTRO DE CUIDADO TRANSITORIO VILLA KENNEDY

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 02 | 26 | 1 | NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA: MARCELA ACOSTA PULIDO | FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA | NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS: GERARDO ANDRES MUÑOZ ALVAREZ gmunoza@sdis.gov.co | SE REALIZA APERTURA DE BUZÓN, MEDIANTE PLATAFORMA TEAMS CON ERWIN BENAVIDES REF TECNICO DEL SERVICIO CUIDADO TRANSITORIO DIA NOCHE, EL DELEGADO DE LA SDIS, SE ENCUENTRA EN NIVEL CENTRAL. EN LA APERTURA SE ENCUENTRA 1 (UNA) PETICION. |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: ERWIN BENAVIDEZ MELO | FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: VER ASISTENCIA TEAMS | TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO<br>QUEJA ____ RECLAMO ____<br>FELICITACIÓN ____ SUGERENCIA ____<br>PETICIÓN X OTRO ____ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): ALFONSO RAMIREZ M. | FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): | NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS | |
| 27 | 02 | 20 26 | 0 | NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA: MARCELA ACOSTA PULIDO | FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA | NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS | SE realiza Apertura de Buzon, mediante Plataforma Teams con Erwin Benavidez referente tecnico Del servicio Cuidado Transitorio DIA/NOCHE El delegado de los SDIS, se encuentra en NIVEL central, En la Apertura NO se encuentran Formatos. |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: ERWIN BENAVIDEZ MELO | FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA: VER ASISTENCIA TEAMS | TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO<br>QUEJA ____ RECLAMO ____<br>FELICITACIÓN ____ SUGERENCIA ____<br>PETICIÓN ____ OTRO ____ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A): RAMIRO ARANGO | FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): | NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS | |

1. Resumen

| **Título de la reunión** | **Apertura buzón de sugerencias - Viernes 27/02/2026 - Servicio Cuidado Transitorio Día/Noche** |
|---|---|
| Participantes que asistieron | 8 |
| Hora de inicio | 2/27/26, 9:27:05 AM |
| Hora de finalización | 2/27/26, 9:48:16 AM |
| Duración de la reunión | 21 min 11s |
| Tiempo medio de asistencia | 4 min 44s |

2. Participantes

| **Nombre** | **Primera entrada** | **Última salida** | **Duración de la reunión** | **Correo electrónico** | **Rol** |
|---|---|---|---|---|---|
| Ervin Benavides Melo | 2/27/26, 9:27:07 AM | 2/27/26, 9:48:16 AM | 21 min 8s | ebenavidesm@sdis.gov.co | Organizador |
| CCT Villa Kennedy | 2/27/26, 9:45:53 AM | 2/27/26, 9:46:35 AM | 42s | | Moderador |