| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARIA 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: 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: 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 05 | 20 26 | 0 | NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA<br>MARCELA ACOSTA PULIDO | FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA | NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS | Se realiza apertura de buzon mediante plataforma TEAMS con ERVIN BENAVIDES referente tecnico del servicio cuidado transitorio DIA/NOCHE el delegado de los SDIS se encuentra en NIVEL central, en la APERTURA NO se encuentra Formatos. |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA<br>ERVIN BENAVIDES MELO | FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA<br>VER ASISTENCIA TEAMS. | TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO<br>QUEJA ____ RECLAMO ____<br>FELICITACIÓN ___ SUGERENCIA ____<br>PETICIÓN ____ OTRO ____ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A):<br>Luis Gonzalo Corrosco | FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): | NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS | |
| 15 | 05 | 26 | 0 | NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA<br>Marcela ACOSTA Pulido | FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA | NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS | Se Realiza APERTURA DE BUZON MEDIANTE PLATAFORMA TEAMS CON ERVIN BENAVIDES REFERENTE TECNICO DEL SERVICIO CUIDADO TRANSITORIO DIA/NOCHE EL DELEGADO DE LA SDIS SE ENCUENTRA EN NIVEL CENTRAL EN LA APERTURA NO SE ENCUENTRAN FORMATOS. |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA<br>ERVIN BENAVIDES MELO | FIRMA DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA<br>VER ASISTENCIA TEAMS | TIPOLOGÍA DE REQUERIMIENTO<br>QUEJA ____ RECLAMO ____<br>FELICITACIÓN ___ SUGERENCIA ____<br>PETICIÓN ____ OTRO ____ | |
| | | | | NOMBRE DEL (LA) CIUDADANO(A):<br>Luz Mary Franco | FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): | NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS | |

1. Resumen

| **Título de la reunión** | **Apertura buzón de sugerencias / Viernes 08/05/2026 Servicio Cuidado Transitorio Día/Noche** |
|---|---|
| Participantes que asistieron | 6 |
| Hora de inicio | 5/08/26, 9:21:58 AM |
| Hora de finalización | 5/08/26, 9:43:05 AM |
| Duración de la reunión | 21 min 7 s |
| Tiempo medio de asistencia | 4 min 24 s |

2. Participantes

| **Nombre** | **Primera entrada** | **Última salida** | **Duración de la reunión** | **Correo electrónico** | **Rol** |
|---|---|---|---|---|---|
| Ervin Benavides Melo | 5/08/26, 9:22:00 AM | 5/08/26, 9:43:05 AM | 21 min 5 s | ebenavidesm@sdis.gov.co | Organizador |
| CCT Villa Kennedy | 5/08/26, 9:35:50 AM | 5/08/26, 9:37:15 AM | 1 min 24 s | | Moderador |