ACTA N° 027

FECHA: La Mesa, Enero 26 de 2024

HORA: 10:00 – 10:20 am

LUGAR: Comunidad de Cuidado La Mesa

TEMA: Apertura Buzón de sugerencias Institucional – Personas Mayores

ASISTENTES: María Alejandra Garrido Alvarez Trabajadora Social - Luz Adriana Cardenas Cuervo Psicóloga - María del Pilar García Galvis Coordinadora.

ORDEN DEL DÍA:

1. Objetivo de la actividad.
2. Introducción de la actividad.
3. Actividades desarrolladas.
4. Materiales
5. Compromisos.
6. Anexos

DESARROLLO:

1. Objetivo de la actividad

Realizar apertura del buzón de sugerencias institucional, como mecanismo y medio de participación y divulgación de las personas mayores ante la prestación del servicio de la Comunidad de Cuidado La Mesa.

2. Introducción

En el marco de la ejecución del convenio de Asociación 7460/2021, El Equipo Psicosocial de la Comunidad de Cuidado La Mesa, genera espacios para la apertura del buzón de sugerencias

institucional en aras de verificar su uso e implementación por parte de las personas mayores que se encuentran llevando a cabo su proceso de institucionalización en la unidad operativa.

3. Actividades Desarrolladas:

- Apertura del Buzón de sugerencias institucional

Se lleva a cabo el proceso de apertura del buzón de sugerencias, en donde se hace participe la persona mayor Maria del Rosario Godoy, Adriana Cardenas Psicóloga de la unidad operativa y Jhoan David Montes Funcionario de Apoyo a la supervisión de la Secretaria Distrital de Integración Social. Se realiza contacto con el funcionario por medio de videollamada y de esta manera llevar a cabo el debido proceso de apertura en el cual no se evidencia ningún tipo de escrito allí depositado. Se realiza el diligenciamiento del Formato de apertura de buzón de sugerencias (FOR - ATC - 009) y a su vez ser firmado por cada uno de los participantes.

Se culmina sin dificultad la respectiva apertura del buzón.

4. Materiales:

Buzón de sugerencias institucional
Formato de apertura de buzón de sugerencias (FOR - ATC - 009)
Recurso Humano: Equipo Psicosocial, Representantes Comité de Convivencia, miembros de Apoyo a la supervisión.

5. Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA: No aplica.

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma

María del Pilar García Galvis	Coordinadora	Comunidad de Cuidado La Mesa	
María Alejandra Garrido Alvarez	Trabajadora Social	Comunidad de Cuidado La Mesa	
Luz Adriana Cardenas Cuervo	Psicóloga	Comunidad de Cuidado La Mesa	
Jhoan David Montes Peña	Apoyo a la Supervisión	Secretaria Distrital de Integración Social	

Elaboró: María Alejandra Garrido Alvarez

Anexos: Registro Fotográfico y Formato Apertura de Buzón



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 2

NOMBRE DEL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL BUZÓN: Comunidad de cuidado la MRSA

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					
19	01	24	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA María Fernanda Suarez	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA María Fernanda S	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	No se encontral Escritos
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Jhoan David Montes	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): James Díaz	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A):	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	
26	01	24	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Wz Adriano Cardenas	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	No se encuentran documentos al interior del buzón.
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA Jhoan David Montes	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): Rosario Godoy	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A): R. Godoy	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	