ACTA N° 047

FECHA: La Mesa, Febrero 02 de 2024

HORA: 09:50 a.m. - 10:00 am.

LUGAR: Comunidad de Cuidado La Mesa

TEMA: Apertura Buzón de sugerencias Institucional

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

ORDEN DEL DÍA:

1. Objetivo de la actividad.
2. Introducción.
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 la respectiva apertura del buzón de sugerencias institucional haciéndose participe la persona mayor Inés Angarita, Trabajo social de la unidad operativa y Jhoan David Montes Peña funcionario acompañante del Equipo de Apoyo a la supervisión de la Secretaria Distrital de Integración Social. Por lo tanto, se realiza videollamada en aras de garantizar el debido proceso de apertura y supervisión del funcionario que acompaña dicha acción, en la cual no se evidencia ningún escrito depositado por la población de la Comunidad de Cuidado.

Se realiza diligenciamiento del formato de Apertura de Buzón (FOR - ATC - 009) determinado por la Secretaria Distrital de Integración Social para las firmas 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 personas mayores, miembro de Apoyo a la supervisión SDIS.

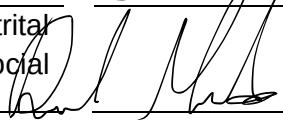
Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
2. Apertura del Buzón de sugerencias Institucional	Equipo Psicosocial	09 de Febrero de 2024

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día 09 de Febrero de 2024

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Maria del Pilar García Galvis	Coordinadora	Comunidad de Cuidado La Mesa	

Maria Alejandra Garrido Alvarez	Trabajadora Social	Comunidad de Cuidado La Mesa	
Luz Adriana Cárdenas Cuervo	Psicóloga	Comunidad de Cuidado La Mesa	
Jhoan David Montes Peña	Apoyo a la Supervisión	Secretaria Distrital de Integración Social	

Anexos: Registro Fotográfico y Formato de Apertura de Buzón (FOR - ATC - 009)



Elaboró: Maria Alejandra Garrido Alvarez

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 Mesa

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					
02	02	24	0	NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA Nohora Alejandra Camelo	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA NAPA AL [illegible]	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	No se evidencian escritos en el buzón de Sugerencias.
				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): Inés Angarita	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A):	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	
				NOMBRE RESPONSABLE DE LA APERTURA	FIRMA RESPONSABLE DE LA APERTURA	NOMBRE Y FIRMA DEL DESIGNADO(A) SDQS	
				NOMBRE DEL (LA) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUE ACOMPAÑA LA APERTURA	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):	FIRMA DEL (LA) CIUDADANO(A):	NÚMERO DE REQUERIMIENTO EN EL SDQS	