 <p>PROCESO DE Direccionamiento POLITICO  <b>PROCEDIMIENTO: COMUNICACION INTERNA</b>  <b>FORMATO: SOLICITUD A LA OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES</b></p>		Código: F-IC-CI-001 Versión: 1 Fecha: <b>Miemo Int 20444-25/03/2014</b> Página: 1 de 1	
Nombre de la actividad		Mes: _____ Número de: _____ Tipo de: _____ Ciudadanos: _____	
Objetivo:		Interno: _____ Externo: _____	
Fecha: <b>16.15</b>		Lugar: <b>Aud. Cortes</b>	
Solicitador:		Horario: _____	
Solicitador para:		Especificaciones técnicas	
Diseño y producción gráfica		A. Cantidad: <b>1</b>	
Producción de eventos		B. Describa las características específicas (color, diseño, formato, duración, tamaño)	
Producción audiovisual			
Registro periodístico			
Comunicación digital			
(libros, cartillas, etc) - impresos			
Otros:			
Aplicación:		Ampliación de la solicitud	
Documento Controlado			
Fotos			
Información proyecto			
Otros documentos			
La solicitud corresponde a:			
Eje Plan de Desarrollo			
Programa Plan de Desarrollo			
Proyecto de inversión			
Proceso:			
Objetivo del Plan Estratégico			
Nombre Solicitante:		<b>Maria Clara Cortes</b>	
Cargo:		<b>Asesora Administrativa</b>	
Dependencia:		<b>5125</b>	
Teléfono:		<b>32797977 Ext. 101</b>	
Correo electrónico:			
Móvil:			
Firma de quien autoriza			
Nombre de quien autoriza			
Cargo			
NOMBRE		<b>REVISO</b>	
CARGO		<b>AFROBO</b>	
Sonia Aceitas		Sergio López Cifuentes	
Contraloría OAC		Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones	
		Jorge Enrique Rojas Rodriguez	
		Líder del Proceso de Direccionamiento Público	

*Se solicita la publicación de los resultados del estudio Florisun, la firma Corbita, debido a la importancia de ser entregada a través de la empresa de Coldiverg.*



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

## AVISO

Ante la imposibilidad de notificar personalmente al señor **Floresmiro Loaiza Carrillo**, ya que no registra dirección para envío de respuesta del requerimiento ingresado en el Sistema Distrital de Quejas y Soluciones – SDQS- con No. **485862015**.

### LA SUSCRITA COORDINADORA DEL SERVICIO INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA - SIAC

#### HACE SABER

Que teniendo en cuenta que no fue posible allegar la respuesta por:

1. Se desconoce la información o datos sobre el destinatario \_\_\_\_\_
2. La respuesta fue devuelta por la Oficina de correspondencia de la SDIS

Porque la dirección es incorrecta \_\_

La dirección no existe \_\_ \_\_

El destinatario desconocido \_\_X\_\_

No hay quien reciba la comunicación. \_\_\_\_\_

Cambio de domicilio \_\_\_\_\_

Otro, Dirección Incompleta

Se publica el presente aviso, con copia íntegra de la respuesta del requerimiento No. **485862015**.

Contra la presente no procede recurso alguno y el mismo se entenderá notificado al finalizar el día siguiente de desfijado este documento.

#### CONSTANCIA DE FIJACIÓN

Para notificar al interesado, se fija el presente Aviso en un lugar público de la Secretaría Distrital de Integración Social, por el término de cinco (5) días hábiles, hoy 1 de junio de 2015 a las a las 8:00 a.m.

CLAUDIA JASBLEIDI MOJICA CARDONA  
Servicio Integral de Atención a la Ciudadanía - SIAC



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

## CONSTANCIA DE DESFIJACIÓN


Luego de haber permanecido fijado por el término legal, se desfija el presente Aviso hoy 9 de junio de 2015, a las 5:00 p.m.

---

**CLAUDIA JASBLEIDI MOJICA CARDONA**  
*Servicio Integral de Atención a la Ciudadanía - SIAC*

Revisó: Magda Lorena Boada, Asesora Subsecretaría

Proyectó: María Clara Cortés Prieto, Aux. Administrativo Equipo SIAC

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	<b>PROCESO: DIRECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES</b> <b>PROCEDIMIENTO: PARA EL TRÁMITE DE REQUERIMIENTOS</b> <b>CIUDADANOS A TRAVÉS DEL SISTEMA DISTRITAL DE QUEJAS Y</b> <b>SOLUCIONES (SDQS)</b>	<b>Código:</b> F-DS-SDQS-01
		<b>Versión:</b> 0
		<b>Fecha:</b> 30 de agosto de 2013
		<b>Página:</b> 1 de 1

Bogotá D. C. 07 de abril de 2015

SDIS  
 Orig: 422-SIAC - ATENCIÓN A PETICIONES  
 Dest: FLORESMIRO LOAIZA CARRILLO  
 Asun: RESPUESTA  
 Fecha: 07/04/2015 10:26 AM Fol: 1 Anx: 3  
 Red: SAL-23103

Señor  
**FLORESMIRO LOAIZA CARRILLO**  
 Calle 6 No. 5-30  
 Alcaldía Municipal de Ortega-Tolima  
 Ortega - Tolima

Asunto: Respuesta Derecho de Petición Requerimiento 485862015

Apreciada señora:

Hemos recibido su comunicado en la Secretaría Distrital de Integración Social el pasado 24 de marzo de 2015, una vez analizado se evidencia que no es competencia de esta Secretaría de Integración Social – SDIS – atenderlo.

Teniendo en cuenta lo anterior, respetuosamente le informamos que su solicitud fue remitida a la **Alcaldía Municipal de Ortega-Tolima**, con radicado de correspondencia SAL- 22834 del 07 de abril de 2015, con el fin de que se analice la situación manifestada y se atienda de conformidad con la oferta institucional de dicha entidad.

Finalmente, agradezco su comunicado y les recuerdo nuestra disposición para trabajar por una Bogotá Humana y fortalecer la comunicación con los habitantes de la ciudad de una forma Confiable, Amable, Digna y Efectiva.

Cordialmente,

  
**CLAUDIA JASBLEIDY MOJICA CARDONA**  
 Coordinadora  
 Servicio Integral de Atención a la Ciudadanía - SIAC

Elaboró: Emilse Garcia Baquero

**AYUDENOS A MEJORAR**

Con el fin de conocer su opinión respecto al trámite de este requerimiento le invitamos a ingresar a la página de [www.integracionsocial.gov.co](http://www.integracionsocial.gov.co) –link evaluación de encuestas SDQS, con el número de requerimiento para contestar una encuesta. El ingreso al link lo podrá realiza cinco (5) días después de recibida la presente comunicación y contará con 90 días para diligenciar la encuesta.

**Gracias por su aporte**



FECHA DE ADMISION	HORA
REMITENTE SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	
DIRECCION REMITENTE	
DESTINATARIO FLORESMIRO LOAIZA CARRILLO CALLE 6 No 5-30 ORTEGA	
ODS	94221
NUMERO GLIA 10010173948617	
PESO GR.	VALOR \$
250	493

FECHA DE ADMISION	08/04/2015	HORA	94221
REMITENTE	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL		BOG
DIRECCION REMITENTE	SECRETARIA DE COMUNICACIONES SAL-23103		
DESTINATARIO	FLORESMIRO LOAIZA CARRILLO CALLE 6 No 5-30 ORTEGA-TOLIMA		
VALOR \$	FECHA DE ENTREGA	CAUSAL DEVOLUCION	
493	0	Traslado	
NOMBRE	Direc. Entrada		
FIRMA	Direc. Incomp.		
IDENTIDAD	Rechazado		
TELÉFONO	Cerrado		
PESO GR. 250		Dest. Cascano <input checked="" type="checkbox"/>	
		Fallecido	
		OPERADOR SERVICIO	
		ZONA ZTC	

Impreso por Grafilisto Ltda. 3454103

**AUDITORIA DE CAMPO**



**10010173948617**

Código: F-GL-01-2013

Elaborado por: Sergio Muñoz

Revisado por: Victor Julio Sierra

Aprobado por: Elizabeth Nuñez

Nivel de seguridad: Pública

Departamento de Operaciones

**INFORMACIÓN CLIENTE**

Cliente y producto: **SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓ" N SOCIAL**  
 Nombre: **FLORESMIRO LOAIZA CARRILLO**  
 Dirección: **CALLE 6 No 5-30**  
 Ciudad/Municipio: **ORTEGA - TOLIMA**  
 Guía a auditar: **10010173948617**  
 Motivo: **DIRECCION CONFIRMADA POR DIEGO GUZAMAN**  
 Tipo de reclamo: **AUDITORIA PREVENTIVA**  
 Fecha de Proceso: **09-04-2015**  
 Observación:

**INFORMACIÓN PREDIO**

Dirección: Existe  No existe  Incompleta   
 Nomenclatura: Nueva  Antigua  Unica

Dirección Actualizada: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

**Descripción de la dirección y del predio:**

Predio	Pisos	Fachada	Material Puerta	Color Puerta
Casa <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Negro <input type="checkbox"/>
Edificio <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Crema <input type="checkbox"/>	Metal <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>
Conjunto <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Ladrillo <input type="checkbox"/>	Vidrio <input type="checkbox"/>	Amarillo <input type="checkbox"/>
Bodega <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Amarillo <input type="checkbox"/>	Aluminio <input type="checkbox"/>	Verde <input type="checkbox"/>
Negocio <input type="checkbox"/>	-2 <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Local <input type="checkbox"/>	Cuántos: _____	Cuát: _____	Cuát: _____	Cuát: _____
Otro <input type="checkbox"/>		_____		
Cuát: _____				

Observaciones: \_\_\_\_\_

**RESULTADO**

Persona que suministra la información: \_\_\_\_\_

**Parentesco o Relación:**

Padre  Hermano  Hijo  Cónyuge  Empleado

Vigilante  Placa: \_\_\_\_\_ Otros. Cuál: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Llega Documento?**

SI  Normal  Tarde  Cuándo? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_

NO  Sí requiere reenvío

NO SABE

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Nota:** Para información adicional de la auditoría por parte del Auditor u observaciones del Analista, favor relacionarla al respaldo de este formato.

Solicitante: SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓ" N SOCIAL Fecha de Auditoría: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Nombre Auditor \_\_\_\_\_

**94221**