CONTRATO 11007062025 **ACTA No __2025**	
FOLIOS	

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ
ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ No. __1____/2025			
Hora:	**9:00 AM**	**Fecha:**	**7 DE NOVIEMBRE**
Dependencia que Convoca:	Área Psicosocial		
Proceso:	Atención y verificación del Buzón		
Objetivo:	Remisión de las PQRSF del buzón para dar el respectivo tramite de acuerdo a las políticas establecidas en la APC en de UDS TRIUNFADORAS		

DESARROLLO DEL ACTA:

Se establece que el día **4** de NOVIEMBRE a las 9:00 a.m.**,** durante el encuentro grupal correspondiente al territorio de triunfadoras , y en el marco del proceso de verificación liderado por la madre representante de control social, se procede a la apertura del buzón de sugerencias. Esta acción da cumplimiento al ejercicio previamente establecido, con el objetivo de definir parámetros para la adecuada atención**,** clasificación, registro, direccionamiento y seguimiento de las peticiones presentadas por los ciudadanos a través de los distintos canales dispuestos por la entidad.

En su acto de representante de el equipo de control social , en este ejercicio se identifica solicitud PQRS . La cual indica a pie de la letra lo siguientes sugerencias :

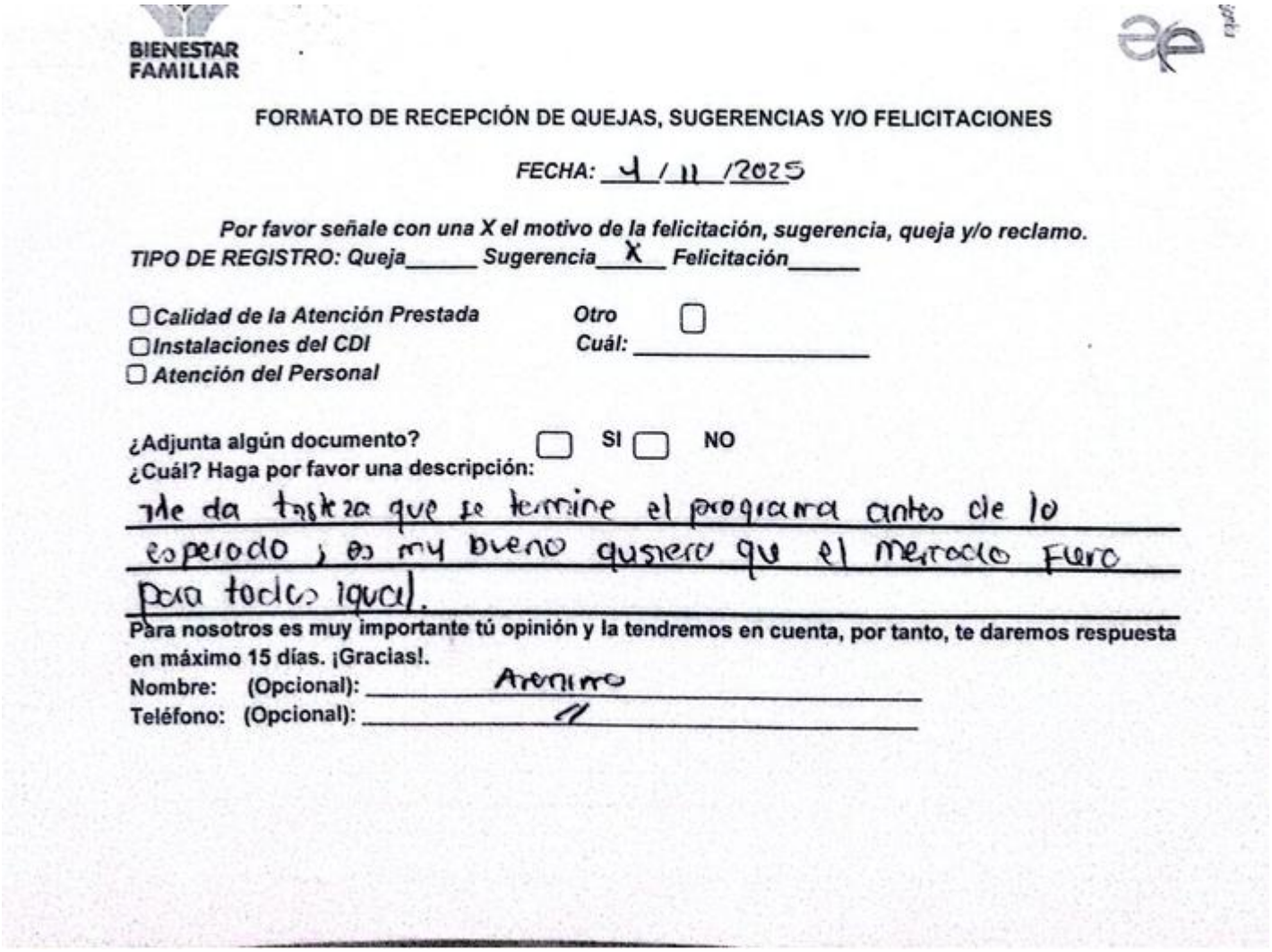
Con el fin de fortalecer el servicio y seguir en el camino hacia la excelencia operativa, se remite dentro de los 15 días hábiles para dar respuesta a la petición enviada al área de nutrición con la profesional Andrea Contreras y Coordinadora Emilce, con ello hacer él envió correspondiente al área establecida , dando a conocer la petición de/a acudientes . De manera que, de forma conjunta, se atienda y continuar con el correspondiente trámite de acuerdo a lo establecido.

Se finaliza el acta, no sin antes agradecer la atención prestada.

Sugerencia (1)

- *Me da tristeza que se termine el programa antes de lo expirado, es muy bueno, quisiera que el mercado fuera para todos igual Anónimo*

EVIDENCIADE SOLICITUDES :



BIENESTAR FAMILIAR

FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

FECHA: 4 / 11 /2025

Por favor señale con una X el motivo de la felicitación, sugerencia, queja y/o reclamo.

TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia__X__ Felicitación_____

☐ *Calidad de la Atención Prestada*
☐ *Instalaciones del CDI*
☐ *Atención del Personal*

Otro ☐
Cuál: _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☐ NO
¿Cuál? Haga por favor una descripción:

me da tristeza que se termine el programa antes de lo esperado, es muy bueno quisiera que el mercado fuera para todos igual.

Para nosotros es muy importante tú opinión y la tendremos en cuenta, por tanto, te daremos respuesta en máximo 15 días. ¡Gracias!.

Nombre: (Opcional): Anonimo
Teléfono: (Opcional): //