| | |
|---|---|
| **CONTRATO 11007062025**<br>**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:** | **11:00 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 GRAN BRITALIA | | |

**DESARROLLO DEL ACTA:**

Se establece que el día **6** de NOVIEMBRE a las 11:00 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 calidad de representante del equipo de Control Social, y en el marco de este ejercicio, se ha identificado una solicitud tipo PQRS que contiene las siguientes sugerencias:

Con el propósito de fortalecer el servicio y avanzar hacia la excelencia operativa, se solicita dar respuesta a la petición dirigida al área de Nutrición, en cabeza de la profesional Andrea Contreras y la coordinadora Emilce, dentro de un plazo máximo de 15 días hábiles.

Es importante realizar el envío correspondiente al área designada, informando sobre la solicitud presentada por los acudientes, de manera que pueda ser atendida de forma conjunta y se continúe con el trámite respectivo conforme a lo establecido.

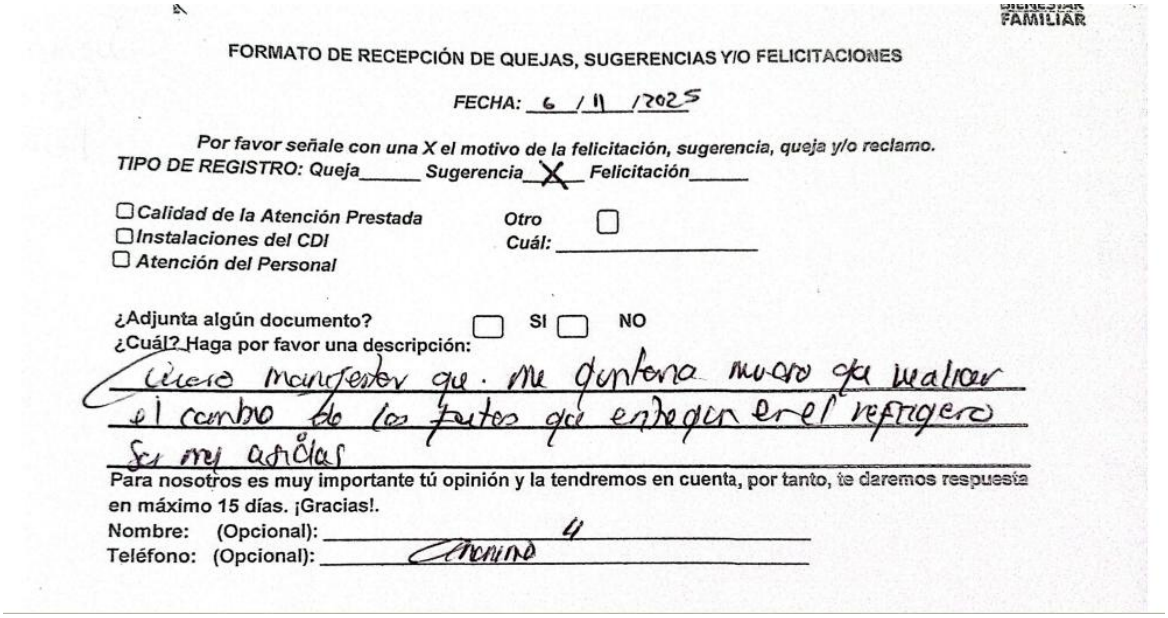
Se finaliza el acta, no sin antes agradecer la atención prestada.

**Sugerencia (1)**

*“ Quiero manifestar que me gustaría que cambiaran.La fruta que entregan en el refrigerio porque es muy ácida Anónimo”*

•

**EVIDENCIADE SOLICITUDES :**



FAMILIAR

FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

FECHA: 6 / 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:

Quiero manifestar que. me gustaria mucho que mejoran el cambio de los frutos que entregan en el refrigerio Se mej agrdas

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

Nombre: (Opcional): _____

Teléfono: (Opcional): Anonimo