**ACTA DE REUNIÓN N___1___**

**FECHA: DÍA___8___MES___ABRIL___ AÑO: ____2025_____ HORARIO: ____8:30 AM_____**

## TEMA(S) DE LA REUNIÓN:

1. Saludo
2. Objetivo del espacio
3. Apertura y lectura de PQRFS

DESARROLLO

1. Se agradece la participación y asistencia al espacio como parte de las actividades mensuales del comité de control social para el mes de Abril unidad de Gran Britalia .
2. Se da inicio a la socialización del buzón de sugerencias, dando a conocer que durante el mes algunas de las familias participantes hacen uso del buzón, clarificando que allí se depositan las PQRSF y que explica el significado de cada sigla. Se invita que un dialogo directo con las profesionales y quienes acompañan el proceso y atención en caso de presentar alguna Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia o Felicitación; y se les solicita en la medida de lo posible escribir con claridad e indicar sus datos o del participante para si mismo poder dar respuesta oportuna y eficiente dentro de los tiempos y así mismo lograr prestar un servicio de la mejor forma en la UDS.
3. El día 8 de Abril siendo las 8:30 am, se realiza la apertura del buzón de sugerencias en compañía del Comité Social y el Equipo Psicosocial y se realiza en conteo evidenciando lo siguiente PQRSF:

| Motivo | Cantidad |
|---|---|
| Petición | 0 |
| Queja | 0 |
| Reclamo | 0 |
| Sugerencia | 0 |
| Felicitación | 10 |
| **TOTAL** | **10** |

A fin de tener conocimiento de lo manifestado por las familias de los participantes se hace lectura de ellos y así en el espacio clarificar lo evidenciado.

Se informa que esto será de conocimiento de la Coordinación con el fin de dar respuesta publica a lo evidenciado.


PUBLICA

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Por otra parte se recuerda que la atención del programa EIH Educación inicial en el Hogar , es totalmente **gratuito** y abierto a las retroalimentaciones que mejoren en el margen del respeto las atención de los participantes.

**Evidencia fotográfica:**







LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.













LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

| COMPROMISOS O TAREAS ACORDADAS | RESPONSABLES | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Realizar apertura y socialización del buzón de sugerencias de manera mensual. | Familia Participantes y Talento Humano | A lo largo de la vigencia |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| ASISTENTES A LA REUNIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).** |
| KAREN ANDREA VIDAL CASTRO | Secretaria |
| **ALEXANDRA GARCIA** | Psicosocial |
| **FAMILIAS PARTICIPANTES DEL ENCUENTRO** | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

PUBLICA



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 1/4/2025

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

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

*Otro* ☐ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☐ NO

¿Cuál? Haga por favor una descripción:

Muchas felicidades Por Su dedicación y esmero
Espero sigan así.

**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):** _____

BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 7/4/2025

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

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

*Otro* ☐ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☐ NO

¿Cuál? Haga por favor una descripción:

Estoy muy agradecida con todos los que forman
parte de este programa.
Muchas gracias.

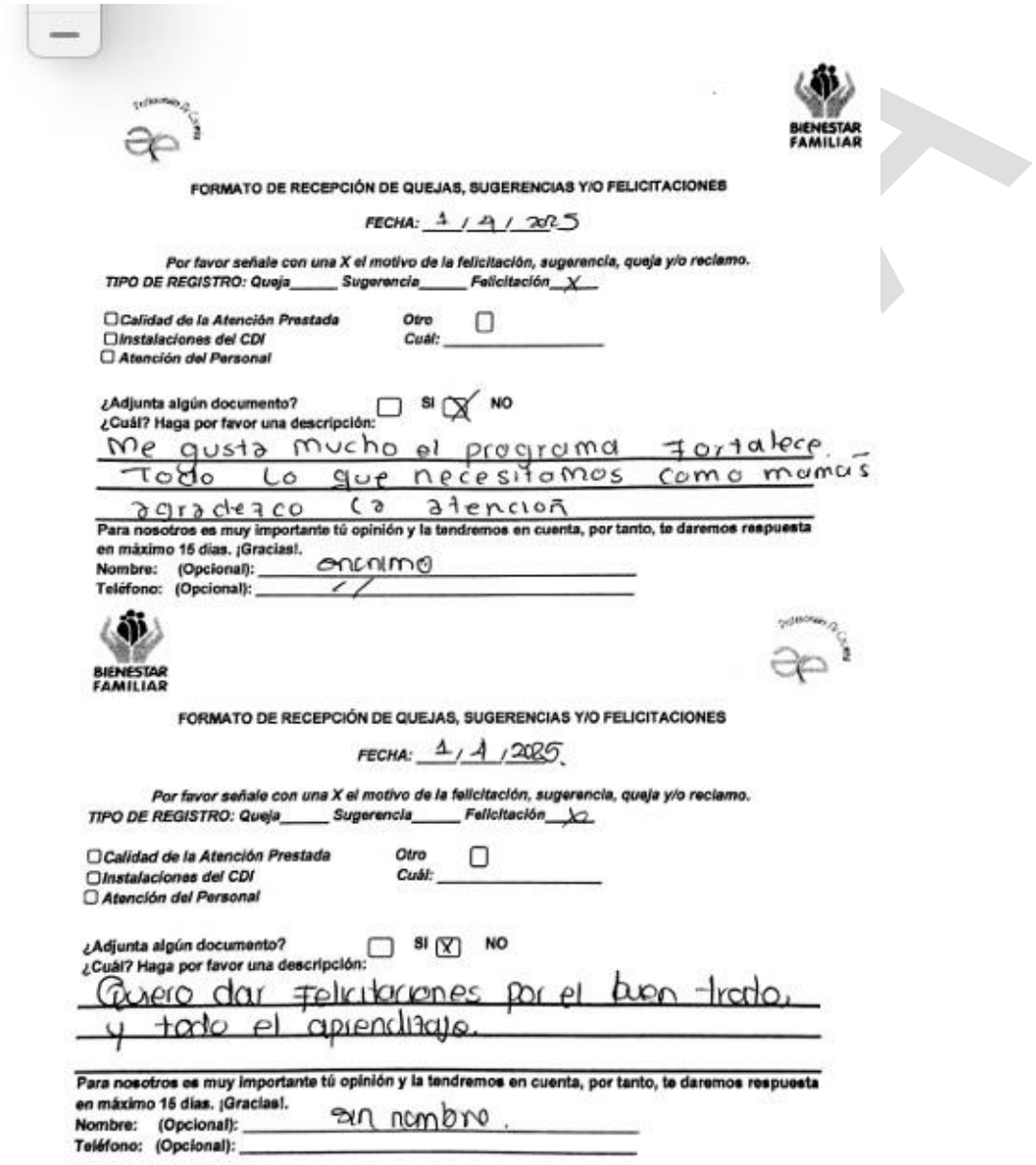
**Para nosotros es muy importante tú opinión y la tendremos en cuenta, por tanto, te daremos respuesta en máximo 15 días. ¡Gracias!.**

**Nombre: (Opcional):** _____

**Teléfono: (Opcional):** _____




LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 1 / 4 / 2025

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

☐ *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 gusta mucho el programa Fortalece. Todo lo que necesitamos como mamás gracias por la atención

**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):** //

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 1 / 4 / 2025.

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

☐ *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 dar felicitaciones por el buen trato, y todo el aprendizaje.

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

**Nombre: (Opcional):** sin nombre.

**Teléfono: (Opcional):** _____




LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 1 / 4 / 2025

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

☐ *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 gusto el taller Por que se dialogo sobre temas importantes y nos aclaron dudas que teníamos

**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):** _____

BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 1 / 4 / 2025

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

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

*Otro* ☐ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☒ NO

¿Cuál? Haga por favor una descripción:

Felicitaciones Me GUSTAN Muchos los talleres, TIENEN TEMAS INTERESANTES.

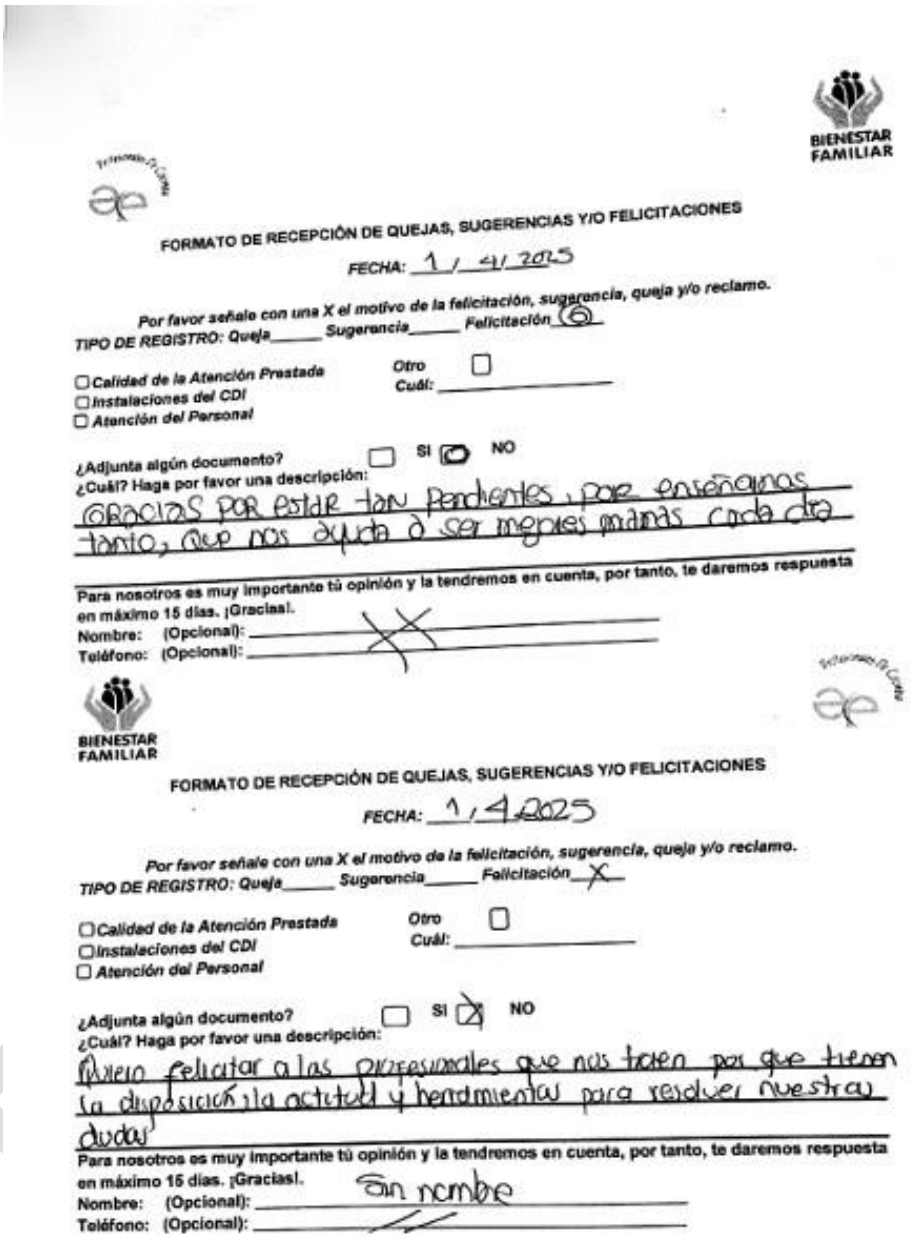
**Para nosotros es muy importante tú opinión y la tendremos en cuenta, por tanto, te daremos respuesta en máximo 15 días. ¡Gracias!.**

**Nombre: (Opcional):** _____

**Teléfono: (Opcional):** _____




LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 1 / 4 / 2025

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* (6)

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

*Otro* ☐ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☐ NO

¿Cuál? Haga por favor una descripción:

GRACIAS POR estar tan Pendientes, por enseñarnos tanto, que nos ayuda à ser mejores mamas cada dia

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

Nombre: (Opcional): X

Teléfono: (Opcional): _____

BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 1/4/2025

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

- ☐ *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 felicitar a las profesionales que nos traen por que tienen la disposición, la actitud y herramientas para resolver nuestras dudas

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

Nombre: (Opcional): Sin nombre

Teléfono: (Opcional): _____




LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 8 / 4 / 2025

*Por favor señale con una X el motivo de la felicitación, sugerencia, queja y/o reclamo.*
*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

☐ *Calidad de la Atención Prestada*
☐ *Instalaciones del CDI*
☐ *Atención del Personal*
*Otro* ☐ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☒ NO
¿Cuál? Haga por favor una descripción:
Felicidades por su calidad humana, mi esposo y yo nos sentimos agradecidos.

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): _____

BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 8 / 4 / 2025

*Por favor señale con una X el motivo de la felicitación, sugerencia, queja y/o reclamo.*
*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

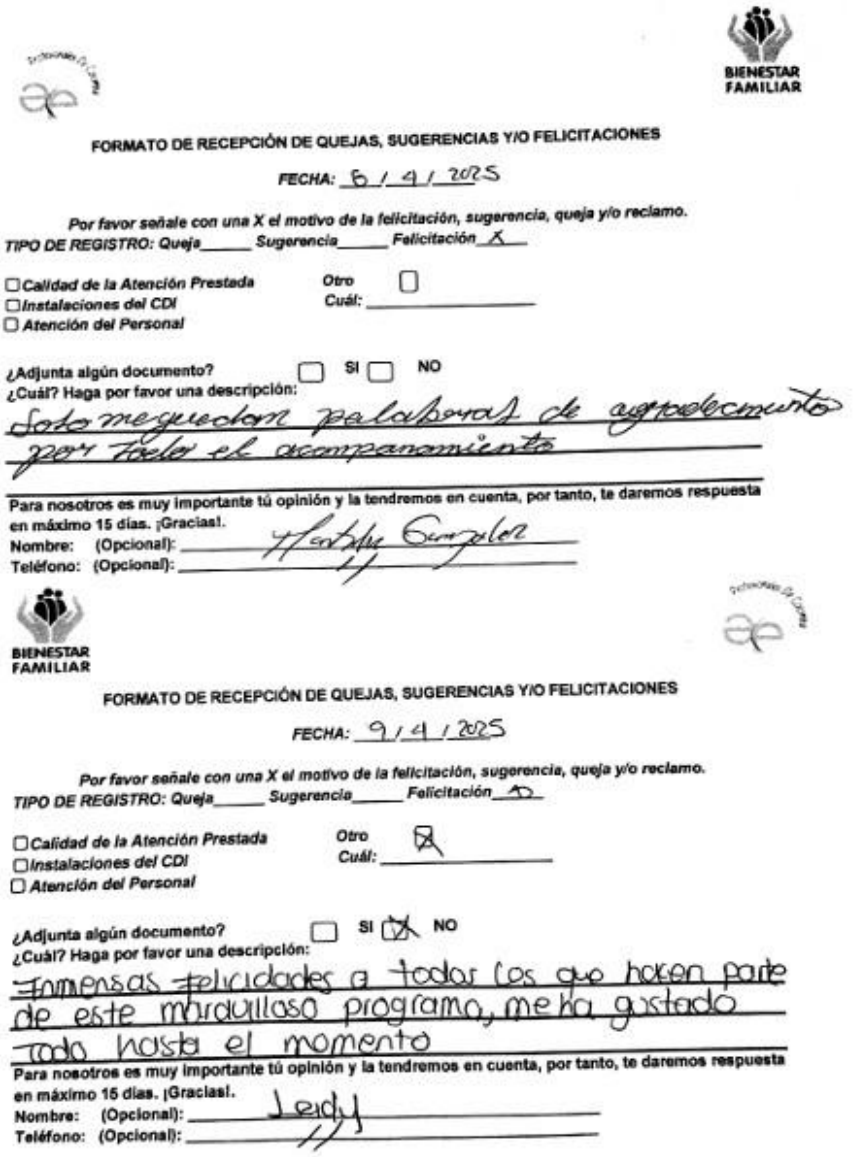
☐ *Calidad de la Atención Prestada*
☐ *Instalaciones del CDI*
☐ *Atención del Personal*
*Otro* ☐ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☒ NO
¿Cuál? Haga por favor una descripción:
GRACIAS POR TODAS LAS ACTIVIDADES BONITAS, NOS SACAN DE LA RUTINA CON MI HIJA.

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): _____



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 5 / 4 / 2025

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

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

*Otro* ☐ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☐ NO

¿Cuál? Haga por favor una descripción:

Solo me quedan palabras de agradecimiento por todo el acompañamiento

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

Nombre: (Opcional): [illegible]

Teléfono: (Opcional): _____

BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 9 / 4 / 2025

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

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

*Otro* ☒ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☒ NO

¿Cuál? Haga por favor una descripción:

Inmensas felicidades a todos los que hacen parte de este maravilloso programa, me ha gustado todo hasta el momento

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

Nombre: (Opcional): Leidy

Teléfono: (Opcional): _____




LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

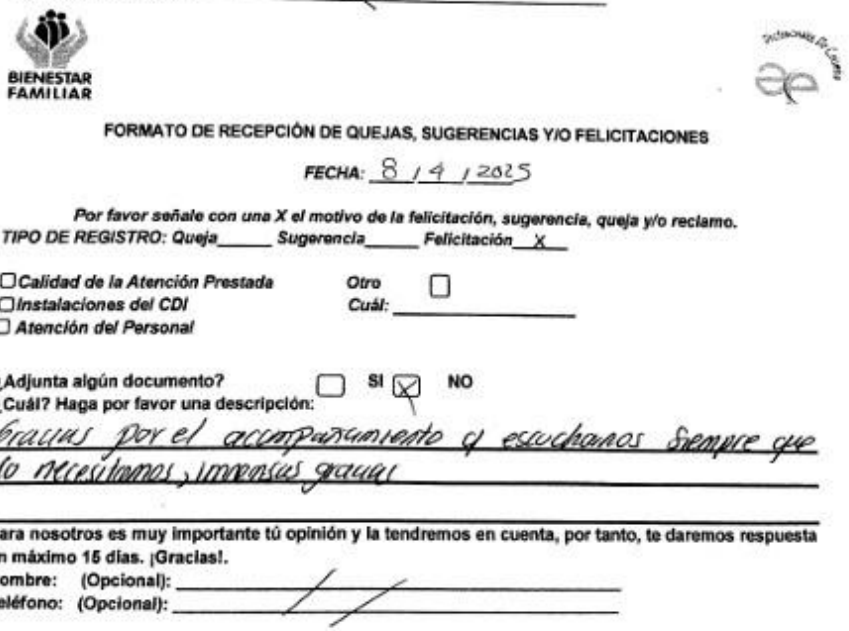
*FECHA:* 6/4/2025

*Por favor señale con una X el motivo de la felicitación, sugerencia, queja y/o reclamo.*
*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación_X_*

☐ *Calidad de la Atención Prestada*
☐ *Instalaciones del CDI*
☐ *Atención del Personal*
*Otro* ☐ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☐ NO
¿Cuál? Haga por favor una descripción:
Todo muy bonito muchas gracias por todos los espacios, nos ayudan mucho

**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):** _____



**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 8/4/2025

*Por favor señale con una X el motivo de la felicitación, sugerencia, queja y/o reclamo.*
*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación_X_*

☐ *Calidad de la Atención Prestada*
☐ *Instalaciones del CDI*
☐ *Atención del Personal*
*Otro* ☐ *Cuál:* _____

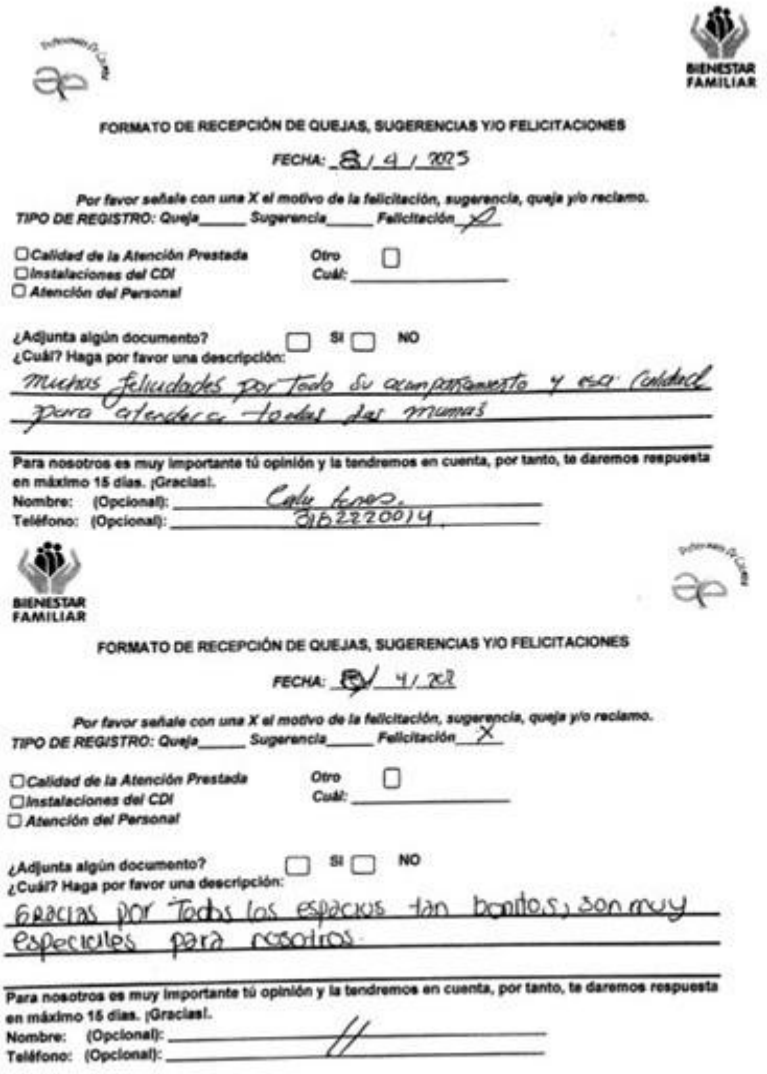
¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☒ NO
¿Cuál? Haga por favor una descripción:
Gracias por el acompañamiento y escucharnos siempre que lo necesitamos, inmensas gracias

**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):** _____



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

FECHA: 8/4/2023

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

TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación X

☐ Calidad de la Atención Prestada
☐ Instalaciones del CDI
☐ Atención del Personal
Otro ☐ Cuál: _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☐ NO
¿Cuál? Haga por favor una descripción:
Muchas felicidades por todo su acompañamiento y esa calidad para atenderse todas las mamás

Para nosotros es muy importante tú opinión y la tendremos en cuenta, por tanto, te daremos respuesta en máximo 15 días. ¡Gracias!.
Nombre: (Opcional): Carly Torres.
Teléfono: (Opcional): 3162220014.

BIENESTAR FAMILIAR

FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

FECHA: 4/4/23

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

TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación X

☐ Calidad de la Atención Prestada
☐ Instalaciones del CDI
☐ Atención del Personal
Otro ☐ Cuál: _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☐ NO
¿Cuál? Haga por favor una descripción:
Gracias por todos los espacios tan bonitos, son muy especiales para nosotros.

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): _____



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 6 / 4 / 2025

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

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

*Otro* ☐ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☒ NO

¿Cuál? Haga por favor una descripción:

mil gracias por todos los talleres son todo muy educativos

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): _____

BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 8 / 4 / 2025

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

*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

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

*Otro* ☐ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☒ NO

¿Cuál? Haga por favor una descripción:

felicitaciones muy Buen trabajo Son muy buenos talleres y Espacios para convivir · Con otras mamás

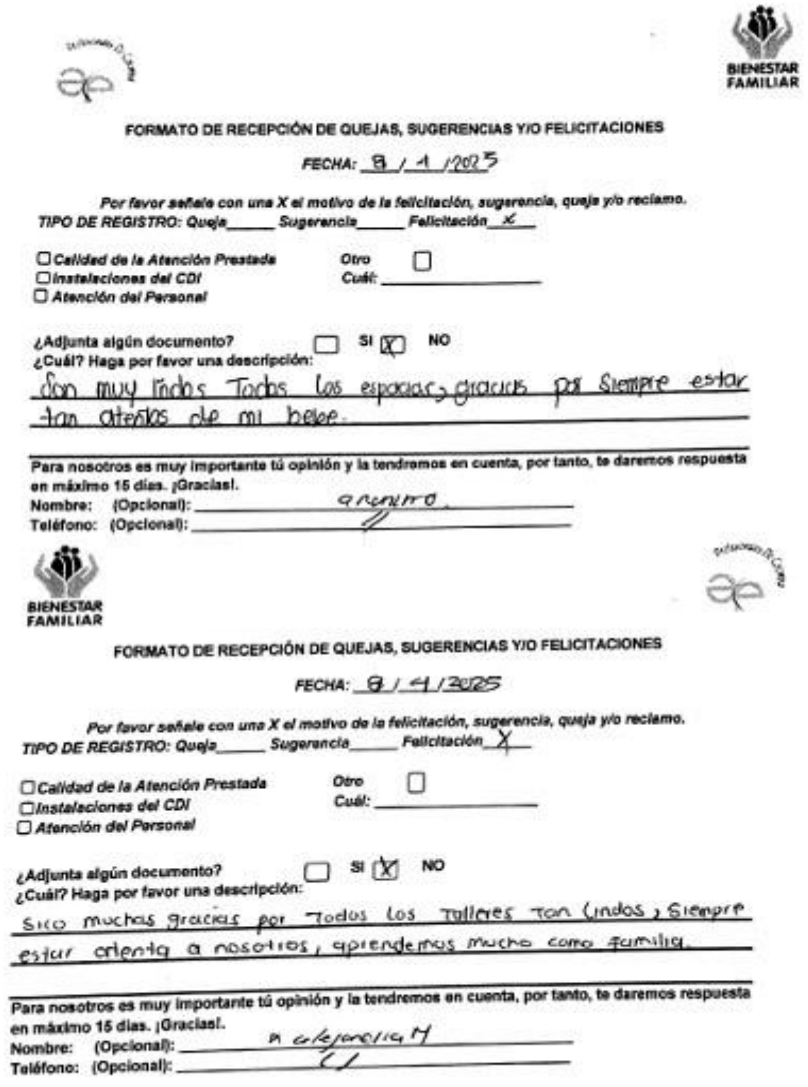
Para nosotros es muy importante tú opinión y la tendremos en cuenta, por tanto, te daremos respuesta en máximo 15 días. ¡Gracias!.

Nombre: (Opcional): _____

Teléfono: (Opcional): _____




LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 8 / 4 /2025

*Por favor señale con una X el motivo de la felicitación, sugerencia, queja y/o reclamo.*
*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

☐ *Calidad de la Atención Prestada*
☐ *Instalaciones del CDI*
☐ *Atención del Personal*
*Otro* ☐
*Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☒ NO
¿Cuál? Haga por favor una descripción:
Son muy lindos Todos los espacios, gracias por siempre estar tan atentos de mi bebe.

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): //

BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES**

*FECHA:* 8 / 4 /2025

*Por favor señale con una X el motivo de la felicitación, sugerencia, queja y/o reclamo.*
*TIPO DE REGISTRO: Queja_____ Sugerencia_____ Felicitación* X

☐ *Calidad de la Atención Prestada*
☐ *Instalaciones del CDI*
☐ *Atención del Personal*
*Otro* ☐
*Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☒ NO
¿Cuál? Haga por favor una descripción:
Sico muchas gracias por Todos los Talleres tan Lindos, Siempre estar atenta a nosotros, aprendemos mucho como familia.

Para nosotros es muy importante tú opinión y la tendremos en cuenta, por tanto, te daremos respuesta en máximo 15 días. ¡Gracias!.
Nombre: (Opcional): a referencia M
Teléfono: (Opcional): //



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.