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 .
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

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:





PÚBLICA

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

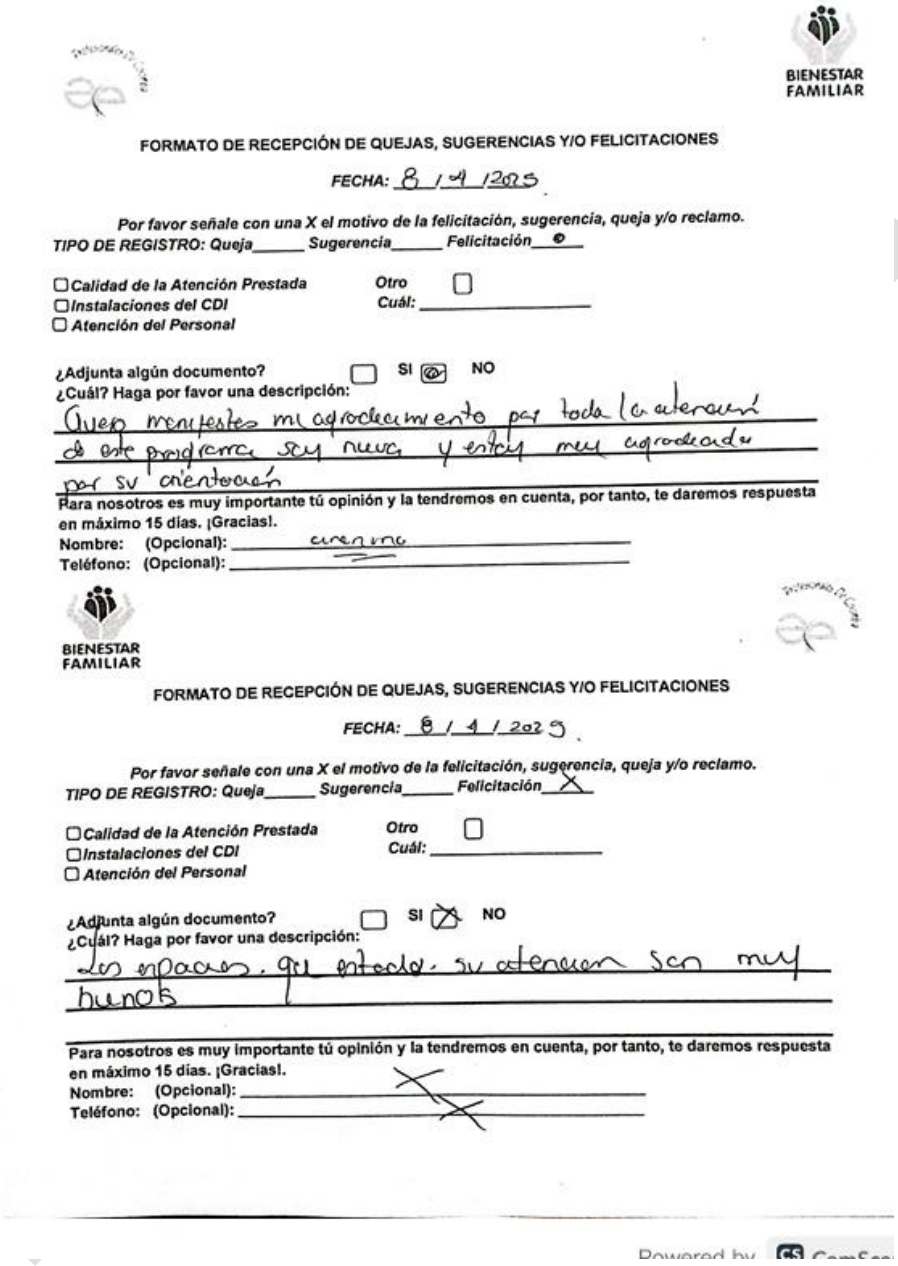
PUBLICA

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ROL: presidente/representante/líder, secretaria(o), integrante. (Si hay otro rol inclúyalo).**
LAURA VANESSA APARICIO	Secretaria
ALEXANDRA GARCIA	Psicosocial UDS
FAMILIAS PARTICIPANTES DEL ENCUENTRO	

PÚBLICA

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: 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:
Quiero manifestar mi agradecimiento por toda la atención de este programa son muy y estoy muy agradecida por su orientación

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

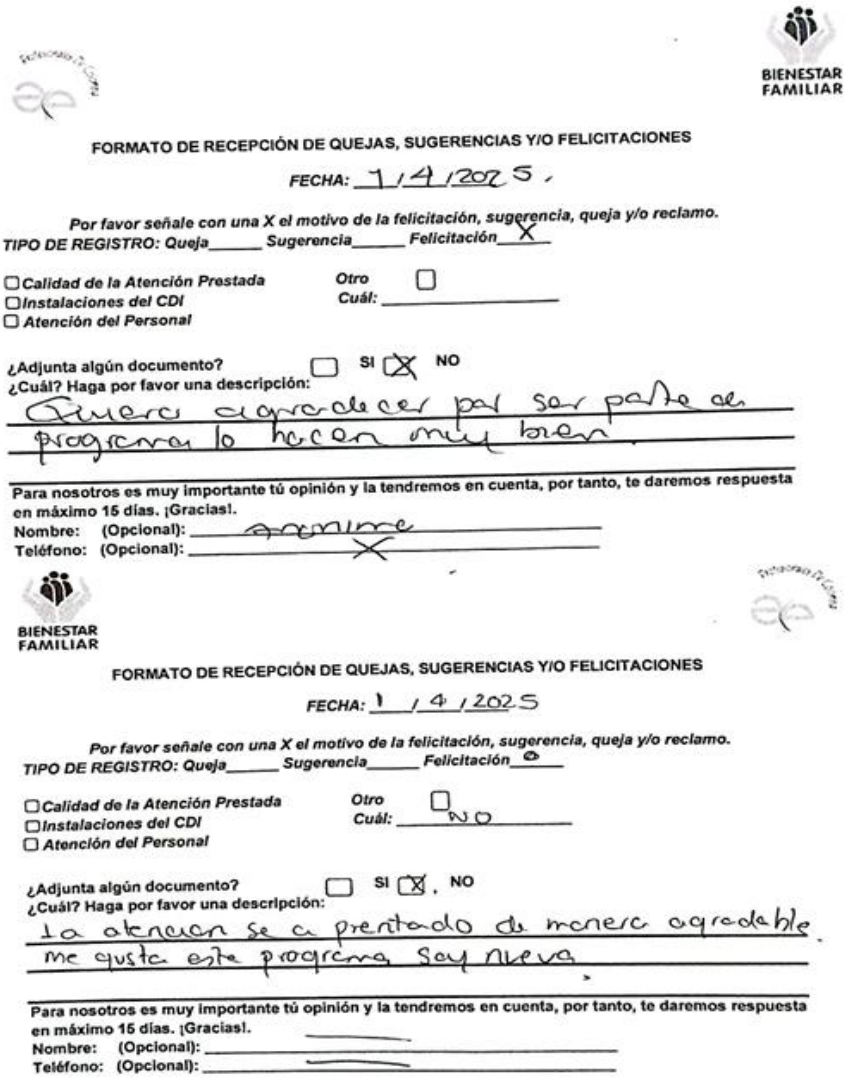
☐ *Calidad de la Atención Prestada*
☐ *Instalaciones del CDI*
☐ *Atención del Personal*
Otro ☐ *Cuál:* _____

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☒ NO
¿Cuál? Haga por favor una descripción:
los espacios. que brinda. su atención son muy buenos

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): _____

Powered by

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:

Quiero agradecer por ser parte de. programa lo hacen muy bien.

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): X

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 ⊙

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

Otro ☐ *Cuál:* NO

¿Adjunta algún documento? ☐ SI ☒ NO

¿Cuál? Haga por favor una descripción:

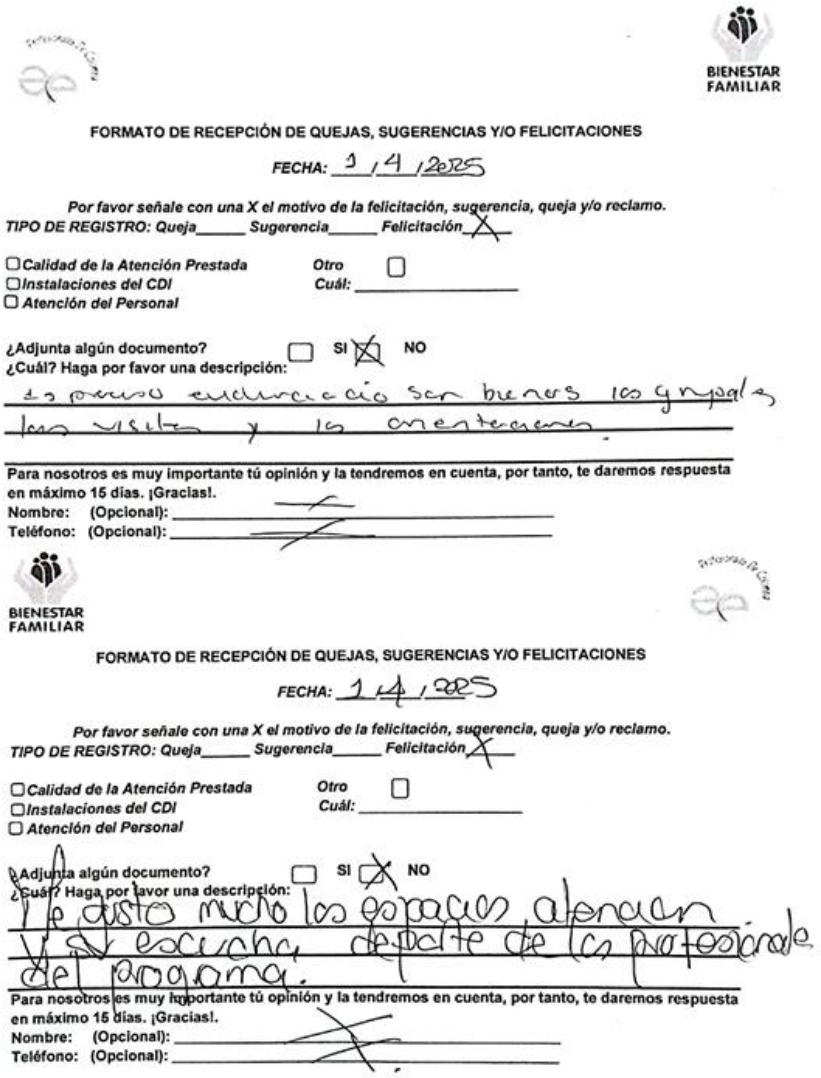
la atencion se a prentado de manera agradable. me gusta este programa Soy nueva

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:
Lo pasamos excelente día son bienes los grupos, las visitas y la entrega.

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: 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 mucho los espacios atencion y escucha, depate de la profesional del programa.

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 / 25

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 como realizan los talleres, lo sigo nos escucha, y los profes estan atentos.

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

☐ *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 su escucha y buenos consejos. los talleres son muy lindos.

Para nosotros es muy importante tú opinión y la tendremos en cuenta, por tanto, te daremos respuesta en máximo 15 días. ¡Gracias!.
Nombre: (Opcional): Gracias
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: 8/04/2025

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:
Los talleres son importantes de las Orientaciones y. Apoyos con las profesoras. Gracias por ser parte de este lindo programa

Para nosotros es muy importante tú opinión y la tendremos en cuenta, por tanto, te daremos respuesta en máximo 15 días. ¡Gracias!.
Nombre: (Opcional): Sara M.
Teléfono: (Opcional): 3123652400.

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:
Me a gustado todo los quero Felicitar por su atencion

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): //

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

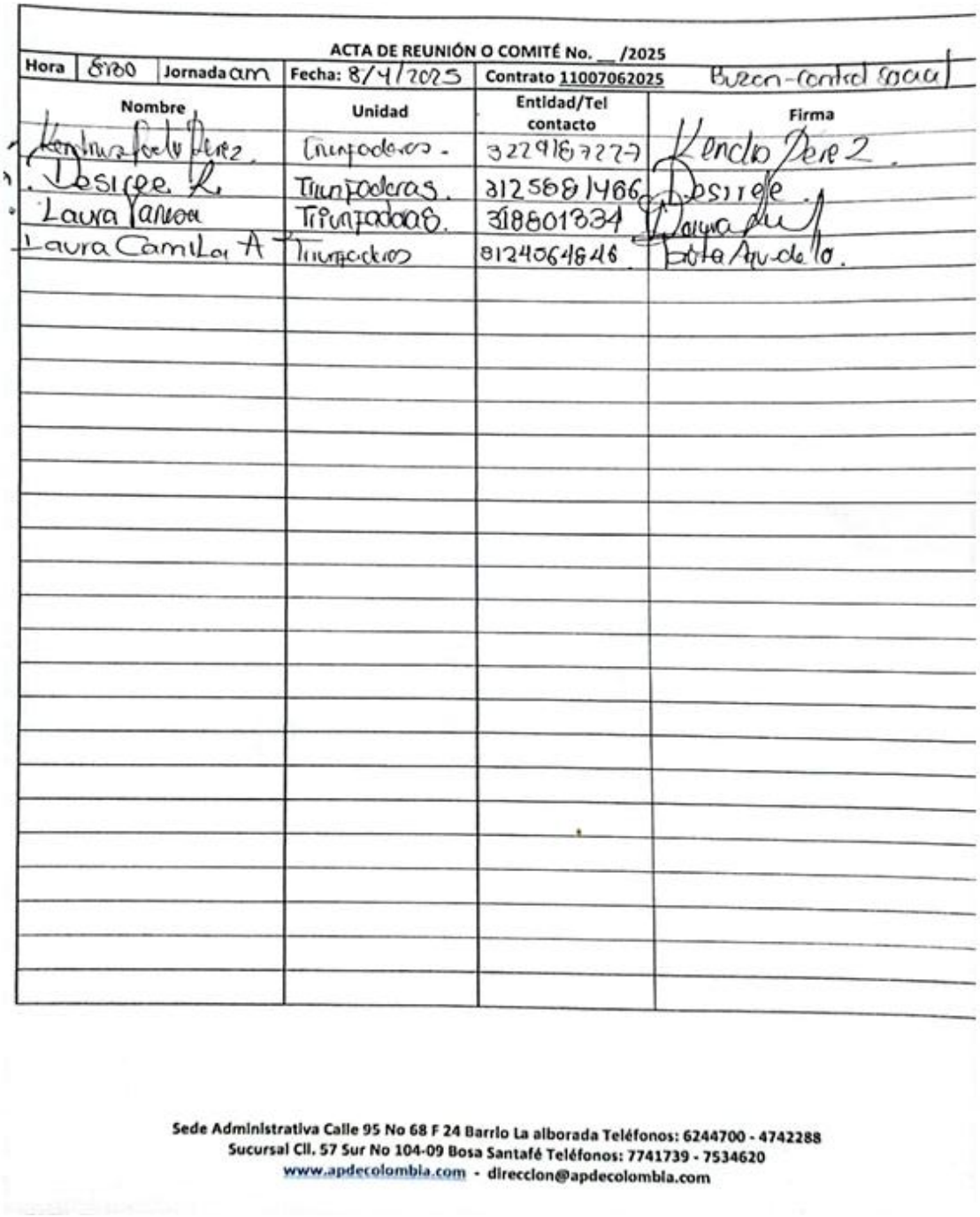
ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ No. __ /2025

Hora: 8:30am Jornada: am | Fecha: 8/4/2025 | Objetivo:– Contrato: 11007062025 Buen.

Nombre	Unidad	Entidad/Tel contacto	Firma
Adrián Mateo Arado Cazanga	Triunfadoras	3214724666	
Laura Carla Carvajal Walter	Triunfadoras	3106779611	Carla Carvajal
Andrea Malagón	Triunfadoras	3243464975	Andrea M
Paola Gonzalez	Triunfadoras	3153227021	Paola Gonzalez
Juan David Ramos	Triunfadoras	3224006193	Paula T Hernández
Dilan Gerda	Triunfadoras	3126194192	Jessica Gerda
Alam Martinez	Triunfadoras	3002697731	Alejandro Patiño
Hanna Isabel	Triunfadoras	3224213371	Diana Vasquez
Heidi dahian lagares	Triunfadoras	3229187227	Kendis Paola Perez
Shomar Alvarado	Triunfadora	3209635144	Natalia Navarro
Zudepsis Pérez	Triunfadoras	3023205911	Zudepsis Pérez
Angie Katerin Sierra Morales	Triunfadoras	3104209529	Katerin Sierra Morales
Ashly Celesteh Espejo	Triunfadoras	3247303051	Melissa Pineda
Emmy Salome Lugo	Triunfadoras	3001295895	Valentina Lugo.
Evelyn Daniela Gomez	Triunfadoras	3243207968	Danna Peña
Shamila Fontalvo Londoño	Triunfadoras	3124779752	Mayerlin Polo Pérez

Sede Administrativa Calle 95 No 68 F 24 Barrio La alborada Teléfonos: 6244700 - 4742288
Sucursal Cll. 57 Sur No 104-09 Bosa Santafé Teléfonos: 7741739 – 7534620
direccion@apdecolombia.com- apdecolombia09@yahoo.es
www.apdecolombia.com

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



ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ No. __ /2025

Hora 8:00 Jornada am | Fecha: 8/4/2025 | Contrato 11007062025 | Buen-contrato

Nombre	Unidad	Entidad/Tel contacto	Firma
Kenia Lucelly Perez.	Triunfadoras.	3229167727	Kenia Perez.
Desiree. R.	Triunfadoras.	3125681466	Desiree.
Laura Yanna	Triunfadoras.	3188501334	Laura Yanna
Laura Camila A	Triunfadoras	8124061816	Laura Camila A.

¡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.