BIENESTAR FAMILIAR

MODALIDAD FAMILIA Y COMUNITARIA

Huellas de Amor Para Tu Vida

SISTEMA DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES
ACTA DE APERTURA PQRSF – SERVICIO HCB

RADICADO (Espacio CORHUELLAS)

FECHA: 25-09-2026

UDS: Picavidas

NOMBRE MADRE COMUNITARIA RESPONSABLE: Graciela Guzman FIRMA: Graciela Guz

NOMBRE DE TESTIGO DE LA CORPORACION: FIRMA:

CARGO:

NOMBRE DE TESTIGO DE LOS PARTICIPANTES: Faver Eduardo M FIRMA: Faver Eduardo M

Nº CEDULA: 1081730685 TELEFONO: 3132020770

Marque el número según el tipo de solicitud encontradas en el buzón al momento de la apertura:

PETICIÓN:	X	SUGERENCIA:	
QUEJA:		COMENTARIOS POSITIVOS:	
RECLAMO:		TIPO DE SOLICITUD SIN MARCAR:	
TOTAL ENCONTRADAS:		En letras:	que no se encuentra sobres en la unidad

ESPACIO EXCLUSIVO PARA CORHUELLAS

Fecha y hora de recibido:

A quien van dirigidas las solicitudes: (Marque con una X según corresponda)

Usuarios:		Madre comunitaria		Psicosocial:		Área Administrativa:	
Coordinación:		De 0 a Siempre:		ICBF:		Otro	
Ninguno		Otro:		Cual			

Nombre de quien direcciona las PQRS:

Cargo:

Powered by CamScanner