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: 28-09-2026

UDS: los ANGELITOS

NOMBRE MADRE COMUNITARIA RESPONSABLE: BERNARDA GOMEZ. FIRMA: BERNARDA.

NOMBRE DE TESTIGO DE LA CORPORACION: FIRMA:

CARGO:

NOMBRE DE TESTIGO DE LOS PARTICIPANTES: MABEL YISELA ORDONEZ FIRMA: Yisela O.

N° CEDULA: 1117515625. TELEFONO: 3503350013.

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

PETICIÓN:	0	SUGERENCIA:	0
QUEJA:	0	COMENTARIOS POSITIVOS:	0
RECLAMO:	0	TIPO DE SOLICITUD SIN MARCAR:	
TOTAL ENCONTRADAS:	0	En letras:	CERO

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