



# ANDINO BILINGÜE SCHOOL

*The pathway to excellence*



## OPCION DE MEJORA

N° \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
CLIENTE: \_\_\_\_\_

Padre de Familia  Estudiante  Proveedor  Otro \_\_\_\_\_

Padre de familia del estudiante \_\_\_\_\_ del grado \_\_\_\_\_

### Seleccione con una X el servicio para el cual presenta su OPCION DE MEJORA:

Rectoría <input type="checkbox"/>	Administración <input type="checkbox"/>	Secretaría <input type="checkbox"/>	Restaurant <input type="checkbox"/>
Coordinación Básica y Media <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coordinación Primaria y Preescolar <input type="checkbox"/>	Docentes <input type="checkbox"/>
Tecnología <input type="checkbox"/>	Biblioteca <input type="checkbox"/>	Cafetería <input type="checkbox"/>	Portería <input type="checkbox"/>

Otro. \_\_\_\_\_

Descripción de la sugerencia o queja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE  
C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de quien recibe la O.M.

**NOTA:** Es importante el diligenciamiento claro de la información suministrada por usted en este formato, para dar respuesta cuando la situación presentada así lo amerite.

### ESPACIO DILIGENCIADO POR LA INSTITUCIÓN

SOLUCIÓN PROPUESTA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FECHA DE SOLUCIÓN: \_\_\_\_\_ SOLUCIONADO POR: \_\_\_\_\_