Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al diligenciar el siguiente formulario acepto y autorizo \_\_\_ que mis datos personales sean tratados bajo la política de protección de datos, principalmente a través de la Ley 1581 de 2012.

Señor ciudadano con el fin de identificar y mejorar la atención brindada en la Alcaldía de Fusagasugá, solicitamos su colaboración para el registro de la siguiente información:

Sus respuestas nos ayudarán a optimizar nuestros servicios.

**DATOS PERSONALES**

1. **Nombre completo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Teléfono de contacto**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Comuna o Corregimiento donde habita** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **Señale el rango de edad en el que se encuentra**

Menor de 18 años ( ) De 18 a 28 años ( ) De 29 a 45 años ( )

De 46 a 59 años ( ) Mayor de 60 años ( )

1. **¿Con cuál de las siguientes categorías de genero se identifica usted?**

Mujer ( ) Hombre ( ) Persona no Binaria ( )

LGTBIQ+ ( ) Prefiero no responder ( ) Otro ( ) Cual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Seleccione su grupo poblacional:**

Indígena ( ) Campesino ( ) NARP ( )LGTBIQ+ ( )Migrante ( )

Víctima del Conflicto Armado ( )Persona con Discapacidad ( ) Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro ( ) Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ninguno ( )

1. **¿Cuál es el canal de atención que prefiere usar?**

Presencial ( ) Telefónico ( ) Virtual ( )

1. **¿Ha tenido dificultades para acceder a la atención por barreras físicas, económicas, o tecnológicas?**

Si ( ) cual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No ( )

1. **¿Ha notado que se ofrece un trato adecuado a personas con necesidades especiales (adultos mayores, personas con discapacidad, minorías, entre otros)?**

Si ( ) No ( )

1. **Por favor indique cuales han sido las dificultades que ha experimentado en la atención al ciudadano en la Alcaldía**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Indique por favor de que manera considera que se podría mejorar la atención**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¡Gracias por su tiempo y por ayudarnos a mejorar nuestros servicios!**