

RECLAMACION, APELACION, QUEJA O DISPUTA

Fecha: / /	Indique con una X: Reclamación <input type="checkbox"/> Apelación <input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Disputa <input type="checkbox"/>	Número:
--------------------------	---	---------

DATOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre del interesado:	Cargo:
Organización:	
Domicilio:	E-mail:
Teléfono(s):	Fax:

DATOS DEL SERVICIO PROPORCIONADO

Fecha de realización: / /	Departamento:
Tipo de servicio:	Clave del servicio:
Datos para facilitar la rastreabilidad: -	
Datos relevantes del servicio:	

Vía de recepción (indique con una X):	Fax <input type="checkbox"/>	e-mail <input type="checkbox"/>	Carta <input type="checkbox"/>	Evaluación del servicio <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN, APELACION, QUEJA O DISPUTA

ANÁLISIS DEL CASO

CONCLUSIONES (VEREDICTO)			
Procede la reclamación, apelación, queja o disputa <i>(indique con una X)</i> :	Sí	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
A quien se le atribuye la causa:	CNCP	<input type="checkbox"/>	Cliente <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/> Especifique:			
Fecha en la que finaliza el proceso:			
Requiere de una acción correctiva <i>(indique con una X)</i> :	Sí	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

FIRMAS DE CONFORMIDAD			
<u>INTERESADO</u>	<u>CNCP</u>		
Interesado	Responsable del servicio proporcionado:	Jefatura respectiva:	Gerencia general:
Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /

Elaboró: Nombre/Puesto	Revisó: Nombre/Puesto	Aprobó: Nombre/Puesto
---------------------------	--------------------------	--------------------------