



RECEPCIÓN DE QUEJAS

Nombre de quien presenta la queja:				
Documento de Identidad <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE.	N°:	Fecha		
		AAAA	MM	DD
La queja presentada es con relación a: <input type="checkbox"/> El servicio prestado por un profesional: Cual(es): _____ <input type="checkbox"/> El servicio en la recepción <input type="checkbox"/> Otra causa, Cual: _____				
Descripción de la queja				

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL CRC

Consecutivo :		Quien recibe la queja:		Cargo:	
Validación de la queja	<input type="checkbox"/> Si	Porque?	Fecha de Respuesta al usuario		
	<input type="checkbox"/> No				
Solución Inmediata:					
¿La queja manifestada permitió detectar una No conformidad real o potencial?					
Solicitud de acción correctiva o preventiva: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					
SEGUIMIENTO					
El usuario quedo satisfecho: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Observaciones:					