



TRATAMIENTO DE RECLAMOS DE CLIENTES

Código: FL-SGI-16
Actualización: 01

1. DATOS GENERALES

Reclamo N°: (2) Mes: (3)

Cliente: (4)

Teléfono: (5) Correo Electrónico: (6)

Medio por el cual se realizó el reclamo: (7) Contacto Telefónico
 Correo Electrónico
 En persona

2. DESCRIPCIÓN DEL RECLAMO (según lo expresado por el cliente)

A ser llenado por el receptor del reclamo

(8)

Reclamo recibido por: (9) Firma: (10) Fecha: (11)

3. ANÁLISIS DEL RECLAMO

A ser llenado por el Comité de Gestión de Calidad (CGC)

Unidad Administrativa afectada: (12)

Observaciones: (13)

Firma: (14) Fecha: (15)

Original: Comité de Gestión de Calidad (CGC)
Copia: Cliente

4. INFORME TÉCNICO

A ser llenado por la Unidad Administrativa afectada

16

Requiere Acciones Si No SAC/SAM/SD N° _____

Observaciones: _____

Informe realizado por: _____

Firma: _____

Fecha: _____

5. EVALUACION DEL INFORME TÉCNICO

A ser llenado por el Comité de Gestión de Calidad (CGC)

Informe Técnico Aprobado Si No _____

Firma: _____

Fecha: _____

Observaciones: _____