

**RECEPCIÓN DE QUEJA O APELACIÓN**
**F-SAC-17**

Elaborado por: Encargada de SGC	Aprobado por: Gerente general	Fecha de Aprobación: 08-agosto 2024	Versión N <sup>a</sup> : 04	Fecha revisión Anterior: 08.08.2024	Nº Página: 1/2
------------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------	--	-------------------

<input type="checkbox"/> Queja	<input type="checkbox"/> Apelación
Número	
Fecha presentación	

Nombre solicitante	
Mail solicitante	
Lugar queja o apelación	

**Descripción de queja o apelación**

Acuso de recibo	Fecha	<input type="checkbox"/> Mail	<input type="checkbox"/> Teléfono
-----------------	-------	-------------------------------	-----------------------------------

<b>Análisis de queja o apelación (motivos o causas)</b>			
Conclusión	<input type="checkbox"/> Se trata	<input type="checkbox"/> No se trata	

Responsable asignado	
----------------------	--

**Determinación de decisiones a tomar**

Firma responsable asignado		Firma V° B° Gerente Técnico	
Medio de respuesta	<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Teléfono	Fecha de respuesta	
Condición solicitante	<input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> No satisfecho	Condición queja o apelación	<input type="checkbox"/> Se cierra <input type="checkbox"/> No se cierra
Medio de seguimiento	<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Teléfono	Fecha de seguimiento	
Resultado	<input type="checkbox"/> Cumple <input type="checkbox"/> No cumple	Nombre y firma	