|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CÓDIGO: | | | |
| QUEJA APELACION | | | |
| FECHA DE RECEP.DE LA QUEJA /APELACION: | | FECHA/HORA DE OCURRIDO EL EVENTO: | |
| COMPAÑÍA/ EMPRESA: | | TELEFONO: | |
| NOMBRE DEL CLIENTE: | | DNI CLIENTE:  (adjuntar) | |
| CORREO ELECTRONICO: | | DIRECCION: | |
| QUEJA/APELACION RECIBIDA: POR TELEFONO POR E-MAIL OTROS | | | |
| REDACCION DE LA QUEJA/APELACION | | | |
|  | | | |
| **ACCION INMEDIATA** | | | |
|  | | | |
| NO PROCEDE | NO PROCEDE | | SOLICITUD DE ACCIÓN  CORRECTIVA |
| PERSONAS INVOLUCRADAS: | | | |
| Fecha *de Respuesta de la Queja: Máx. 20 días después de recibida la queja.*  Fecha *de Respuesta de la Apelación: Máx. 30 días después de la comunicación al cliente de la conformación del comité de apelaciones.* | | | |
|  | |  | |
| Nombre y/o Firma de la Persona que presenta la Queja o Apelación | | Nombre y/o Firma del encargado de gestionar la queja o Apelación | |

Este formulario, así como la información del mismo, serán tratados con reserva.