|  |
| --- |
| 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 ACCIÓNCORRECTIVA  |
| 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.