

BIQUIRAMA

FORMATO DE RECEPCIÓN Y MONITOREO DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

RESPONSABLE				CLIENTE:				
				Nombre:				
				Teléfono:				
				Dirección:				
PROCESO			PROCEDIMIENTO					
NO CONFORMIDAD		NÚMERO		OBSERVACIÓN				
DESCRIPCIÓN NO CONFORMIDAD O SUGERENCIA								
Firmas:								
Asistente admón..		Cliente		Fecha de reporte	A	M	D	
CAUSA (S):								
ACCIÓN CORRECTIVA PROPUESTA O ATENCIÓN A LA SUGERENCIA								
Auditado:				Fecha de implementación	A	M	D	
#	SEGUIMIENTO IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA :							
							A	M
							A	M
Se cierra acción correctiva:		Si	No	Eficacia:		Si	No	
Auditor:				Fecha de cierre	A	M	D	