

	<b>SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMOS</b>	PAGINA 1 DE 1	
		CÓDIGO: G-COM-R-05	
		REVISIÓN: 03	FECHA: 07-01-2020

Señor Visitante, Proveedor o Cliente:

Por favor comuníquenos sus sugerencias, quejas o reclamos para nosotros mejorar los servicios. Los campos con asterisco (\*) deben diligenciarse para tener oportunidad de responder al estado y acciones originadas por su comunicación.

<b>Fecha:</b>		<b>Registro No.:</b>	
---------------	--	----------------------	--

INFORMACIÓN USUARIO			
<b>Nombres*:</b>		<b>Apellidos*:</b>	
<b>Razón social*:</b>		<b>NIT / Cedula*:</b>	
<b>Cargo*:</b>		<b>Dirección*:</b>	
<b>Teléfono*:</b>		<b>E-mail*:</b>	

TIPO		
Sugerencia	<input type="checkbox"/>	Queja
		<input type="checkbox"/>
		Reclamo
		<input type="checkbox"/>

RADICACIÓN: Espacio exclusivo para funcionario que recibe la queja o reclamo.			
<b>Nombres y Apellidos:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Cargo:</b>			
<b>Área Responsable:</b>			
<b>Medio de Recepción:</b>	Escrita <input type="checkbox"/>	Telefónica <input type="checkbox"/>	Página Web <input type="checkbox"/>
	Verbal <input type="checkbox"/>	Correo Elec. <input type="checkbox"/>	Otro: _____

DESCRIPCIÓN DE LA SUGERENCIA, QUEJA O RECLAMO

PLAN DE ACCIÓN			
N°	Actividad	Responsable	Evidencia
1			
2			
3			
4			

VERIFICACIÓN DE CIERRE DE LA SUGERENCIA, QUEJA O RECLAMO			
Estado Sugerencia, Queja o Reclamo		N° de Días para el Cierre Sugerencia, Queja o Reclamo	
Abierto: _____	Cerrado: _____		
¿Requiere AC o AP o AM?		Las Acciones Establecidas Fueron Eficaces	
Si: _____	No: _____	Si: _____	No: _____