



Recepción y Manejo de Quejas y/o Sugerencias

Ayúdenos a mejorar

Su sugerencia es una oportunidad de mejora para nosotros

A) Datos de la Persona que Presenta la Queja o Reclamación:

Fecha:	
Nombre y Apellidos:	
Razón social o empresa que representa:	
Correo Electrónico:	
Teléfono/s:	
Queja o Sugerencia:	<input type="checkbox"/> Percepción de mala calidad del servicio.
	<input type="checkbox"/> No cumplimiento con los requerimientos del servicio.
	<input type="checkbox"/> No cumplimiento con los tiempos.
	<input type="checkbox"/> Otro. Comente por favor.
Petición que Realiza en relación a los hechos anteriormente descritos:	
Firma:	

Tramitación de la Queja y/o Sugerencia

B: para Uso de la Dirección de Habilitación de Servicios y Establecimientos de Salud

Fecha Tramitación de la Queja o Sugerencia:		Tiempo de Respuesta al Usuario:	
Acción Recomendada:			
Remitida a:			
Resultados de la Acción:			

FIRMAS:

Analista de Calidad	Director	Responsable de la Acción	Enc. de Seguimiento