


Pág. 1 de 1		FORMATO CONTROL DE QUEJAS			
F CC 408-001					
Rev. : 0					
LABORATORIO DE CONTROL CALIDAD AGUAS					
¿QUIÉN PRESENTA LA QUEJA?					
CLIENTE EXTERNO		CLIENTE INTERNO		OTRAS PARTES	
DATOS DE QUIEN PRESENTA LA QUEJA					
CLIENTE INTERNO					
RESPONSABLE					
CARGO		DEPENDENCIA DEL amb			
CLIENTE EXTERNO					
NOMBRE COMPLETO:				NIT o CC:	
DIRECCIÓN:			BARRIO		
TELÉFONO:		CELULAR:		E-MAIL:	
OTRAS PARTES					
FUNCIONARIO DEL amb <input type="checkbox"/>			PERSONAL EXTERNO AL amb <input type="checkbox"/>		
NOMBRE:		NOMBRE:			
CARGO		DIRECCIÓN:			
DEPENDENCIA:		TEL.:		E-MAIL:	
		CELULAR:			
REPORTE DE LA QUEJA					
MOTIVO DE QUEJA					
INDIQUE EL MOTIVO DE LA QUEJA:					
1. <input type="checkbox"/> Insatisfacción en el servicio de prestado.		5. <input type="checkbox"/> Demora en las respuestas a las solicitudes presentadas.			
2. <input type="checkbox"/> Demora en la entrega del reporte de resultados.		6. <input type="checkbox"/> No entiende el Certificado entregado .			
3. <input type="checkbox"/> No está de acuerdo con el resultado emitido por el Laboratorio.		7. <input type="checkbox"/> No recibió el reporte de resultados.			
4. <input type="checkbox"/> Mala atención del personal del Laboratorio.		8. <input type="checkbox"/> Otro.			
DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS:				FECHA OCURRENCIA HECHOS	
				AAAA MM DD	
				¿DOCUMENTOS ANEXOS?	
				No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
				¿Cuáles?	
Identifiqué los Reportes de resultados (si aplica):					
INDIQUE QUIÉN DILIGENCIA EL REPORTE DE LA QUEJA:					
LABORATORIO <input type="checkbox"/>		CLIENTE INTERNO / CLIENTE EXTERNO / OTRAS PARTES <input type="checkbox"/>			
				FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA EL REPORTE DE LA QUEJA	
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD					
RECEPCIÓN DE LA QUEJA EN EL LABORATORIO					
NOMBRE DE QUIEN LA RECEPCIONA:		CARGO:		FECHA RECEPCIÓN LAB.	
				AAAA MM DD	
INDIQUE EL MEDIO DE RECEPCIÓN DE LA QUEJA:					
Verbal <input type="checkbox"/>		Telefónico <input type="checkbox"/>		e-mail <input type="checkbox"/>	
Buzón de Quejas <input type="checkbox"/>		Escrito <input type="checkbox"/>			
Call Center <input type="checkbox"/>		Página Web <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	
		¿Cuál?			
				Si es Escrito, especifique:	
				FECHA RADICADO amb	
				AAAA MM DD	
				RADICADO #:	
TRATAMIENTO DE LA QUEJA					
INDIQUE EL TRÁMITE A REALIZAR:			<input type="checkbox"/> EL TRÁMITE REALIZADO DETERMINA EL TRASLADO DE LA QUEJA A OTRA DEPENDENCIA		
1. <input type="checkbox"/> Inicio de Investigación interna					
2. <input type="checkbox"/> Solución mediante una acción Inmediata					
3. <input type="checkbox"/> Implementar Acciones Correctivas					
4. <input type="checkbox"/> Implementar Acciones Preventivas					
5. <input type="checkbox"/> Otro					
¿Cuál?			AUTORIZA TRASLADO:		
				
DEPENDENCIA:					
RESPONSABLE:					
CIERRE Y SOLUCIÓN DE LA QUEJA RECEPCIONADA					
¿SE DA RESPUESTA POR ESCRITO A QUIEN PRESENTA LA QUEJA?				NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
¿POR QUÉ?					
.....					
.....					
				En caso afirmativo:	
				FECHA RADICADO RESPUESTA	
				AAAA MM DD	
				RADICADO #:	
				En caso negativo:	
				FECHA DE CIERRE Y SOLUCIÓN	
				AAAA MM DD	