

¿QUIÉN PRESENTA LA QUEJA?		
<input type="checkbox"/> CLIENTE EXTERNO	<input type="checkbox"/> CLIENTE INTERNO	<input type="checkbox"/> 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	<p style="text-align: center; margin: 0;">INDIQUE EL MOTIVO DE LA QUEJA:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> 1. <input type="checkbox"/> Insatisfacción en el servicio de calibración al medidor. 2. <input type="checkbox"/> Desacuerdo en el precio cobrado por el servicio de calibración. 3. <input type="checkbox"/> No está de acuerdo con el resultado emitido por el Laboratorio. 4. <input type="checkbox"/> Mala atención del personal del Laboratorio. </td> <td style="width: 50%; border: none;"> 5. <input type="checkbox"/> Demora en las respuestas a las quejas presentadas. 6. <input type="checkbox"/> No entiende el Certificado de Calibración entregado. 7. <input type="checkbox"/> Demora en la entrega de resultados de calibración. 8. <input type="checkbox"/> Otro. </td> </tr> </table>	1. <input type="checkbox"/> Insatisfacción en el servicio de calibración al medidor. 2. <input type="checkbox"/> Desacuerdo en el precio cobrado por el servicio de calibración. 3. <input type="checkbox"/> No está de acuerdo con el resultado emitido por el Laboratorio. 4. <input type="checkbox"/> Mala atención del personal del Laboratorio.	5. <input type="checkbox"/> Demora en las respuestas a las quejas presentadas. 6. <input type="checkbox"/> No entiende el Certificado de Calibración entregado. 7. <input type="checkbox"/> Demora en la entrega de resultados de calibración. 8. <input type="checkbox"/> Otro.
1. <input type="checkbox"/> Insatisfacción en el servicio de calibración al medidor. 2. <input type="checkbox"/> Desacuerdo en el precio cobrado por el servicio de calibración. 3. <input type="checkbox"/> No está de acuerdo con el resultado emitido por el Laboratorio. 4. <input type="checkbox"/> Mala atención del personal del Laboratorio.	5. <input type="checkbox"/> Demora en las respuestas a las quejas presentadas. 6. <input type="checkbox"/> No entiende el Certificado de Calibración entregado. 7. <input type="checkbox"/> Demora en la entrega de resultados de calibración. 8. <input type="checkbox"/> Otro.		

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <th colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">FECHA OCURRENCIA HECHOS</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">AAAA</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">MM</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">DD</td> </tr> </table>	FECHA OCURRENCIA HECHOS			AAAA	MM	DD	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">¿DOCUMENTOS ANEXOS?</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">No <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">¿Cuáles?</td> </tr> </table>	¿DOCUMENTOS ANEXOS?		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	
FECHA OCURRENCIA HECHOS														
AAAA	MM	DD												
¿DOCUMENTOS ANEXOS?														
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>													
¿Cuáles?														
Identifiqué los Certificados de calibración (si aplica):														
<p style="text-align: center; margin: 0;">INDIQUE QUIÉN DILIGENCIA EL REPORTE DE LA QUEJA:</p> 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 CALIBRACIÓN DE MEDIDORES											
RECEPCIÓN DE LA QUEJA EN EL LABORATORIO											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">NOMBRE DE QUIEN LA RECEPCIONA:</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">CARGO:</td> </tr> </table>	NOMBRE DE QUIEN LA RECEPCIONA:	CARGO:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <th colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">FECHA RECEPCIÓN LAB.</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">AAAA</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">MM</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">DD</td> </tr> </table>		FECHA RECEPCIÓN LAB.			AAAA	MM	DD	
NOMBRE DE QUIEN LA RECEPCIONA:	CARGO:										
FECHA RECEPCIÓN LAB.											
AAAA	MM	DD									
<p style="text-align: center; margin: 0;">INDIQUE EL MEDIO DE RECEPCIÓN DE LA QUEJA:</p> Verbal <input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> Buzón de Quejas <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/>											
<p style="text-align: center; margin: 0;">SAD <input type="checkbox"/> Página Web <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?</p>											
<p style="text-align: right; margin: 0;">Si es Escrito, especifique:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <th colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">FECHA RADICADO amb</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">AAAA</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">MM</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">DD</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">RADICADO #:</td> </tr> </table>			FECHA RADICADO amb			AAAA	MM	DD	RADICADO #:		
FECHA RADICADO amb											
AAAA	MM	DD									
RADICADO #:											

TRATAMIENTO DE LA QUEJA					
<p style="text-align: center; margin: 0;">INDIQUE EL TRÁMITE A REALIZAR:</p> 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?	<input type="checkbox"/> EL TRÁMITE REALIZADO DETERMINA EL TRASLADO DE LA QUEJA A OTRA DEPENDENCIA <p style="text-align: center; margin: 0;">AUTORIZA TRASLADO:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 2px;">DEPENDENCIA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">RESPONSABLE:</td> <td></td> </tr> </table>	DEPENDENCIA:		RESPONSABLE:	
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?	<p style="text-align: center; margin: 0;">En caso afirmativo:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <th colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">FECHA RADICADO RESPUESTA</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">AAAA</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">MM</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">DD</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">RADICADO #:</td> </tr> </table>		FECHA RADICADO RESPUESTA			AAAA	MM	DD	RADICADO #:		
FECHA RADICADO RESPUESTA											
AAAA	MM	DD									
RADICADO #:											
	<p style="text-align: center; margin: 0;">En caso negativo:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <th colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">FECHA DE CIERRE Y SOLUCIÓN</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">AAAA</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">MM</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">DD</td> </tr> </table>		FECHA DE CIERRE Y SOLUCIÓN			AAAA	MM	DD			
FECHA DE CIERRE Y SOLUCIÓN											
AAAA	MM	DD									