

Pág. 1 de 1	CONTROL DE QUEJAS	
F LCM 709-001		
Rev. : 1		
LABORATORIO DE CALIBRACIÓN DE MEDIDORES		

¿QUIÉN PRESENTA LA QUEJA?			
Ciente Externo	Ciente 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		Personal externo al amb	
Nombre:		Nombre:	
Cargo:		Dirección:	
Dependencia:		Teléfono:	
Teléfono:		E-mail:	
		Celular:	

REPORTE DE LA QUEJA			
Motivo de la queja	INDIQUE EL MOTIVO DE LA QUEJA:		
☐ Insatisfacción en el servicio de calibración al medidor ☐ Desacuerdo en el precio cobrado por el servicio de calibración ☐ No está de acuerdo con el resultado emitido por el Laboratorio ☐ Mala atención del personal del Laboratorio	☐ Demora en las respuestas a las quejas presentadas ☐ No entiende el Certificado de Calibración entregado ☐ Demora en la entrega de resultados de calibración ☐ Otro ¿Cuál?		
Descripción de los hechos	Fecha de ocurrencia	¿Documentos anexos?	
	AAAA MM DD	No ☐ Si ☐ ¿Cuáles?	
Identifique los Reportes de resultados (si aplica):			
Indique quien diligencia el reporte de la queja:		Firma de quien realiza el reporte de la queja	
Laboratorio ☐	Ciente Interno ☐	Ciente Externo ☐	Otras partes ☐

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DE CALIBRACIÓN DE MEDIDORES			
Recepción de la queja en el Laboratorio	Fecha recepción Laboratorio		
	AAAA MM DD		
Nombre de quien la recepciona:	Cargo:		
Indique el medio de recepción de la queja:			
Verbal ☐	Telefónico ☐	e-mail ☐	Sistema Gestión Documental ☐
Buzón ☐	Página Web ☐	Escrito ☐	Otro ☐
¿Cuál?			
Si es Escrito, especifique:			
Fecha radicado amb			
AAAA MM DD			
Radicado #			

Tratamiento de la queja					
Indique el trámite a realizar:	El trámite realizado determina el traslado de la queja a otra dependencia				
☐ Inicio de Investigación interna ☐ Solución mediante una <u>Corrección</u> ☐ Implementar Acciones Correctivas ☐ Implementar Acciones Preventivas ☐ Otro ¿Cuál?	Autoriza traslado: <table border="1"> <tr> <td>DEPENDENCIA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESPONSABLE:</td> <td></td> </tr> </table>	DEPENDENCIA:		RESPONSABLE:	
DEPENDENCIA:					
RESPONSABLE:					
Registro del tratamiento de la queja					
☐ KAWAK ID No. ☐ SII ++ / SNC No.					

Cierre y solución de la queja recepcionada	
¿Se da respuesta por escrito a quien presenta la queja?	NO ☐ SI ☐
Si marco NO, indique el porqué?	
.....	
.....	
.....	
En caso afirmativo:	
Fecha radicado	
AAAA MM DD	
Radicado #	
En caso negativo:	
Fecha de cierre y solución	
AAAA MM DD	
Firma Líder del Laboratorio de Calibración de Medidores	