|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE; RECLAMACIÓN, QUEJA O APELACION** *(llenado por AKL Certificación)* | | | | | | | | | | | | |
| Fecha recepción: *Elija fecha* | | No. de registro: Q XXX- AAAA. | | | | | Reclamación | | | Queja | | Apelación |
| **DATOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN** *(llenado por quien se considera afectado)* | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del afectado: escriba nombre | | | | | Puesto: escriba puesto | | | | | | | |
| Razón social de la Organización: escriba razón social | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: escriba domicilio | | | | | E-mail: escriba correo | | | | | | | |
| Teléfono(s): escriba tel. de contacto | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DEL; MOTIVO DE RECLAMACIÓN, QUEJA O APELACION** | | | | | | | | | | | | |
| Describir la apelación, el reclamación o situación que derivó la queja. (según aplique) | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL SERVICIO PROPORCIONADO** *(llenado por AKL Certificación)* | | | | | | | | | | | | |
| El reclamación, queja y/o apelación se dio a conocer por medio de: | | | | | Carta, correo, llamada, encuesta de satisfacción.etc. | | | | | | | |
| Fecha de apertura: *Elija fecha* | | | | | Departamento: Área del AKL Certificación  Nombre del personal: Personal involucrado de AKL Certificación | | | | | | | |
| Número de Certificado, Expediente o solicitud del servicio: Expediente, solicitud, certificado, etc. | | | | | | | | | | | | |
| Datos relevantes de servicio: Explique brevemente el tipo de servicio brindado por AKL Certificación | | | | | | | | | | | | |
| **VEREDICTO** | | | | | | | | | | | | |
| Resultado del análisis: Describir los hallazgos de la investigación, para tener argumentos y determinar si procede o no. | | | | | | | | | | | | |
| **¿Procede el reclamación , queja o apelación?** | | | | | | **SI:** | | | | | **NO:** | |
| Causa imputable al: | Cliente | | | AKL Certificación, S.C. | | | | | OTRO: especifique | | | |
| En caso de ser procedente indique No. de Acción correctiva que se abre: | | | | | | | | | A XXX/ AAAA. | | | |
| Fecha en que se notifica al cliente, la resolución  *(máximo 10 días hábiles posterior a recibirlo):* | | | | | | | | | *Elija fecha* | | | |
| Autoridad a la que se copia en la resolución: Nombre de autoridad, contacto, correo | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMAS DE CONFORMIDAD** | | | | | | | | | | | | |
| **RECIBIÓ** | | | **REVISÓ** | | | | | **APROBÓ** | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |
| Nombre | | | Nombre | | | | | Nombre | | | | |