



1. DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
FAX:	CIUDAD:
CONTACTO:	FECHA:

2. MOTIVO DE LA QUEJA O RECLAMO:

2.1. SI ES POR CALIDAD INDIQUE:

Nombre del producto	Presentación	Número de lote	Fecha de fabricación	Fecha de vencimiento
OTRO: Especifique cuál				

2.2. DETALLE DE LA QUEJA O RECLAMO:

--

3. PRUEBAS ANEXADAS:

--

ESPACIO PARA SISTEMAS MÉDICOS S.A.S.

	CARGO: Dirección Técnica, Dirección Administrativa o Jefatura de ventas
	CARGO: Dirección Técnica

4. CAUSAS REALES DE LA QUEJA (Conclusión de la investigación)

--

5. REALIZAR CONTROL DE CALIDAD NUEVAMENTE (SI APLICA)

SI NO

6. RESPUESTA AL CLIENTE (SEÑALE TIPO DE RESPUESTA)

<input type="checkbox"/> ENVIO DE COMUNICADO ANEXO	FECHA:
<input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN PERSONAL	FECHA:
<input type="checkbox"/> VISITA DEL CLIENTE POR PARTE DE SISTEMAS MÉDICOS	FECHA: