

	REGISTRO DE QUEJAS, APELACIONES Y SUGERENCIAS		Cód.: SINDES-FO-GC-018	
			Rev.: 0	Pág. 1 de 1
			Fecha: 2015-12-01	

FECHA DE REGISTRO:	CONSECUTIVO:
--------------------	--------------

Nombre del empleado a quien se dirige la queja o apelación:

DATOS GENERALES DEL AFECTADO

Empresa:	Cargo:	
Nombres y Apellidos	Cédula o pasaporte:	
Dirección:		
Nacionalidad:	Edad:	Mail:
Tipo de Inconformidad <input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Apelación <input type="checkbox"/> Sugerencia		Otra (especifique:)

DATOS DEL ÁREA DONDE SE PRODUJO EL INCIDENTE

Área/Dependencia donde se produjo la incidencia origen de la queja, apelación o sugerencia	Fecha de la incidencia	Hora de la incidencia

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA, APELACIÓN O SUGERENCIA (adjuntar respaldo documental)

SEGUIMIENTO Y NOTIFICACIÓN

Llene los datos de acuerdo al lugar en donde desee recibir las notificaciones respectivas

Ciudad y dirección:	
Telefonos:	mail:

DESCRIPCIÓN DE LOS ANEXOS

En caso de que sea necesario puede anexar otra hoja con la descripción detallada de los anexos que se adjunten a su queja o apelación

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

SINDESECUADOR S.A. le dará seguimiento a su queja o apelación en un plazo no mayor a 5 días laborables y usted recibirá una notificación del Jefe de calidad por correo electrónico. El tratamiento de la queja o apelación guarda imparcialidad, objetividad y es válida en cada uno de sus etapas.

QUIEN PRESENTA QUEJA, APELACIÓN O SUGERENCIA		RECIBIDO POR	
Nombre:		Nombre:	
Cargo:		Cargo:	
Fecha:	Firma:	Fecha:	Firma: