|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número de Tramite:*(Uso exclusivo de Vercomer)* |  |  |
|  |  |  |  |  |
| PARTE I. ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL RECLAMANTE |
| Marque con una X el que corresponde: |  | QUEJA |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | APELACIÓN |  |  |

|  |
| --- |
| 1. DATOS DEL RECLAMANTE |
| Nombre/Organización: |  |
| Dirección: |  |
| Código postal, Ciudad: |  |
| País: |  |
| No. Teléfono: |  |
| No. Fax: |  |
| Correo electrónico:  |  |
| Datos de la persona que actúa en representación del reclamante (si es aplicable): |
| Detalles de la persona a contactar (Si es diferente del reclamante): |
|  2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO QUE SUCITÓ LA QUEJA O APELACIÓN. |
| Numero referencia del servicio o solicitud:  |  |
| Descripción:  |
|  3. PROBLEMA ENCONTRADO. |
| Fecha de ocurrencia: |  |
| Descripción: |
|  4. ¿Requiere solución? |
| Si |  | No |  |
|  5. FECHA Y FIRMA |
| Fecha: | Firma: |
| 6. ADJUNTOS. |
| Lista de documentos que se adjuntan para soportar la evidencia: |

**PARTE II. ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR PERSONAL DE VERCOMER**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha de notificación: |  |  |
|  |  |  |
| Tiempo de respuesta *(días)*: |  |  |
|  |  |  |
| Unidad responsable: |  |  |
|  |  |  |
| Responsable de seguimiento: |  |  |
|  |  |  |
| Persona(s)designado para el análisis y evaluación: |  |  |
|  |  |  |
| Decisión tomada: |  |  |
|  |  |  |
| Fecha de información al cliente: |  |  |
|  |  |  |
| Aceptación o rechazo por parte del cliente: |  |  |
|  |  |  |
| Estatus del trámite: |  |  |
|  |  |  |
| Acciones *(integrar las acciones derivadas del plan de acción de Acciones Correctivas):* |  |  |