***Correlativo de Recepción de Formulario:***

(Campo a llenarse por personal de OSARTEC al momento de recibir el formulario)

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: |  |
| Nombre Completo: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |

Haga una descripción detallada de la consulta, sugerencia, queja o reclamo:

Anexa algún documento o evidencia de lo planteado: Si \_\_\_ No \_\_\_ descríbalo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agradecemos sus comentarios y serán atendidos en el menor tiempo posible

¡GRACIAS!

Campo a llenarse por personal de OSARTEC:

\_\_\_Consulta \_\_\_Sugerencia \_\_\_ Queja \_\_\_Reclamo

***Clasificación de la Consulta, Sugerencia, Queja o Reclamo***

\_\_\_ Calidad del Producto (RTS, RTCA, Posición País)

\_\_\_ Calidad del Servicio brindado (Comités Nacionales de Reglamentación, Comités Espejo Codex, Difusiones, Capacitaciones)

\_\_\_ Tiempo de Respuesta \_\_\_ Otros

Validez de la Queja o Reclamo \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

***Tratamiento de la Queja o Reclamo***

Detalle las acciones tomadas:

(Campo a llenarse por personal de OSARTEC al momento de recibir el formulario)

Responsable de ejecutar la acción:

Seguimiento: \_\_\_Teléfono \_\_\_Correo electrónico \_\_\_Comunicación oficial

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_