

	GESTIÓN SERVICIO AL CLIENTE	GSC – FT – 05 VERSIÓN 04
	APERTURA DE BUZONES	PAGINA 1 DE 1

SERVICIO FARMACEUTICO: _____

☐ AMBULATORIO

PROGRAMA: _____

☐ HOSPITALARIO

FECHA: DIA MES AÑO

--	--	--

HORA: _____

SE REALIZA LA APERTURA DEL BUZON DE SUGERENCIAS ENCONTRANDO LO SIGUIENTE:

FORMATOS DILIGENCIADOS:

☐
☐

QUEJA

☐

SUGERENCIAS

☐

OTROS (formatos diferentes, felicitaciones etc)

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR Y CON EL FIN DAR A TRAMITE A LAS INQUIETUDES DEL CLIENTE, SE FIRMA EN PRESENCIA DE LOS ASISTENTES A LA APERTURA:

REPRESENTANTE DEL CLIENTE
NOMBRE:

DIRECTOR TÉCNICO Y/O COORDINADOR DE FARMACIA
NOMBRE:

VEEDOR DEL PROGRAMA
NOMBRE:

OBSERVACIONES