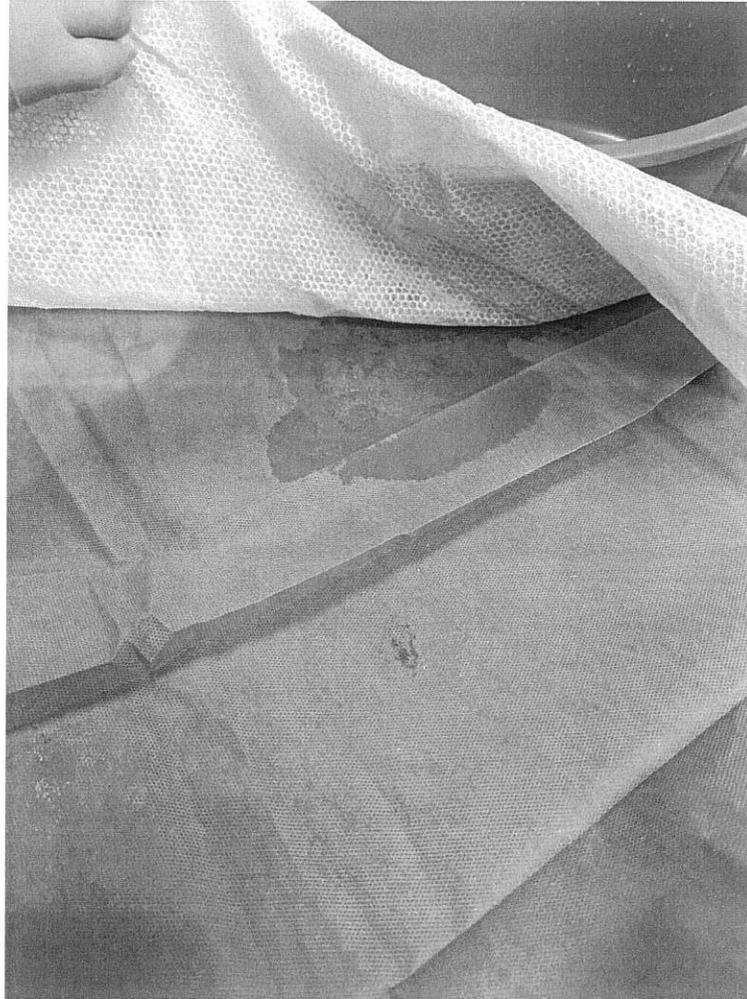


 FORMATO		Numero de documento: GAN-FOR-SGC-08-01	Versión: 02	Numero de hojas: Página 1 de 5
Título: REGISTRO DE QUEJA				
Fecha de Recepción de Queja: 02-MAR-2023	Nombre y firma de quien registra la Quejas: MAGALI JUAREZ VELASCO		Clave (Asignada por Aseguramiento) GAN/Q2023/008C2	
Cliente (razón social y nombre del representante de la empresa): MEDINSE DE S. DE R.L. DE C.V.			Teléfono: Tel conmutador 33 1400 3467	
Domicilio:	AV. INSURGENTES SUR 863 PISO 15 S/N COL. NAPOLES CDMX CP 03810			
Descripción detallada de la queja				
El Cliente Reporta mala calidad en el Paquete de Hemodinamia con las siguientes incidencias sucedidas de Utilización:				
<ul style="list-style-type: none"> La Sabana de Especialidad Traspasa Líquidos no los repele Reporta que la Sabana Es Muy Diferente A La Que Venia En Anteriores Paquetes La bolsa de empaque Secundario Es Muy Frágil (Bolsa De Plástico Adicional Para Proteger el empaque De Bolsa Papel Grado Medico) En Cuanto a los recipientes: Solo Trae 1 Vaso de 2 Onz ..- Antes Traía 4 Piezas 2 Recipientes de 946ml Color Verde.- Antes Solo era 1 La bandeja grande.- No trae las pestañas para detener las Guías de Catéres y Antes Si Las Traía. Mal Doblado de la envoltura que cubre al Paquete 				
Vía de recepción de la Queja: (anexar e-mail, memorándum, fax, etc.)			CONFERENCIA TELEFONICA	
DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO DE QUEJA.				
Nombre Comercial:	PIH008-66.- PAQUETE INTEGRAL DE HEMODINAMIA		Caducidad: ABRIL-2024	
Lote : <i>D. Garcia</i> 16-MAR-2023 100006177 1000006177	Esterilización:	OT	Presentación:	
Cantidad reportada con desviación(piezas):	20 Paq.	No de Factura:	20604 20260 <i>D. Garcia 16-MAR-2023</i>	Paquete
Procedencia de la Queja:		Marque con X	Quién?	
Sector Salud				
Sector Privado		X		
Consumidor				
Clasificación de la Queja:			Marque con X	
Queja Médica				
Queja por defectos de Calidad			X	
Queja Administrativa				
ACCIÓN SOLICITADA POR EL CLIENTE (MARQUE CON X)				
Canje	X	Revisión del producto en sus instalaciones		
Reposición		Re facturación		
Retiro de producto		Nota de crédito		
Cancelación de pedido		Otros (especificar)		
Administrador de Quejas		Vo.Bo. Responsable Sanitario		
 L.A.E Edgar Silva Hernandez		 I.I Alan Christian Galicia Castillo		
Nombre y Firma		Nombre y Firma		

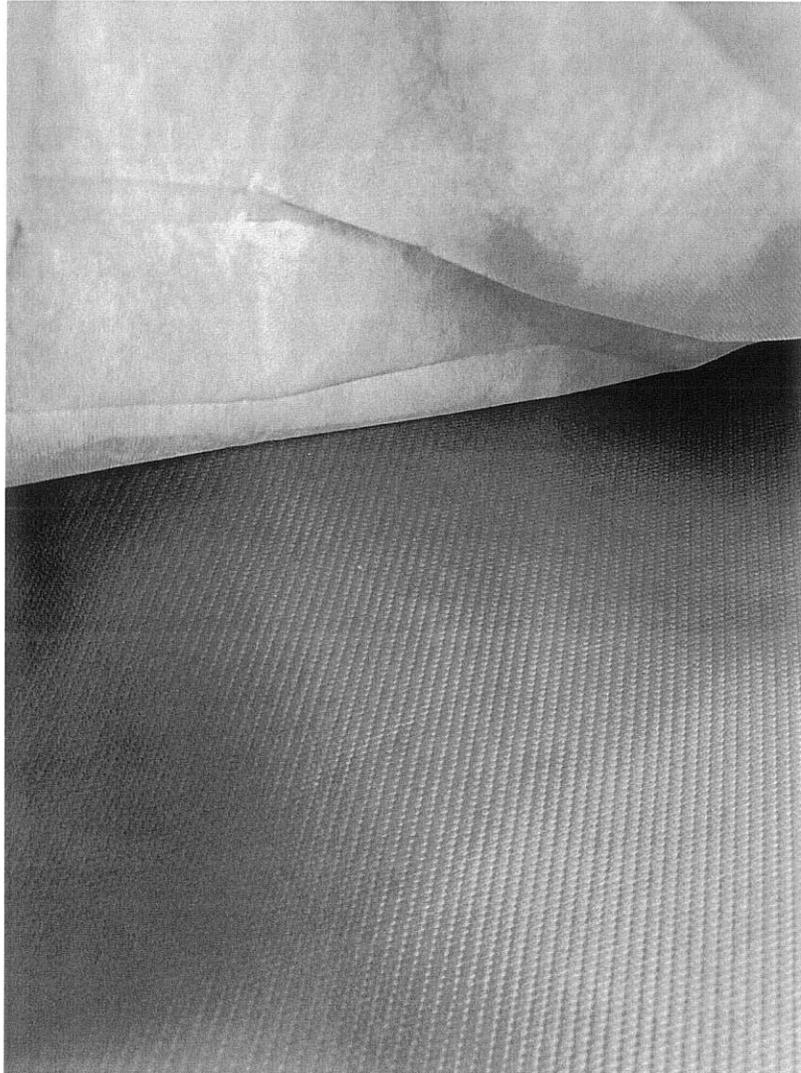
Título:

REGISTRO DE QUEJA



Título:

REGISTRO DE QUEJA



Título:

REGISTRO DE QUEJA



Título:

REGISTRO DE QUEJA

