

Título:

REGISTRO DE QUEJA

Fecha de Recepción de Queja:	Nombre y firma de quien registra la Quejas:		Clave (Asignada por Aseguramiento)	
4-04-2023	MAGALI JUAREZ VELASCO		GAN/Q2023/010C2	
Cliente (razón social y nombre del representante de la empresa):			Teléfono:	
OPERADORA DE HOSPITALES SA DE CV SUC. PEDREGAL			5554 495500	
Domicilio:	CAMINO A SANTA TERESA 1055 PISO 14 COL. HEROES DE PADIERNA, CDMX ALCAL. MAGDALENA CONTRERAS			
Descripción detallada de la queja				
EL CLIENTE REPORTA EL KIT DE PUNCION LUMBAR CON EL ANTICEPTICO (YODO) EXPLOTADO EL CUAL MANCHO LOS INSUMOS.				
Vía de recepción de la Queja: (anexar e-mail, memorándum, fax, etc.)			CORREO	
DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO DE QUEJA.				
Nombre Comercial:	PUL001-34.- PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNOSTICA)		Caducidad:	
			10-OCT-2023	
Lote :	100005992	Esterilización:	OT	Presentación:
Cantidad reportada con desviación(piezas):	1 PIEZA	No de Factura:	20890	PIEZA
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

