



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		5554495500
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
Cantidad reportada con desviación(piezas):	1 PIEZA	No de Factura: 20890
		Presentación: PIEZA
Procedencia de la Queja:		Marque con X
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

