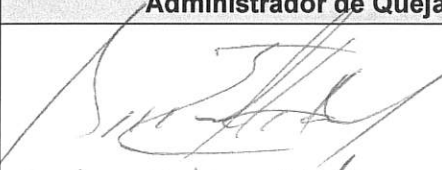
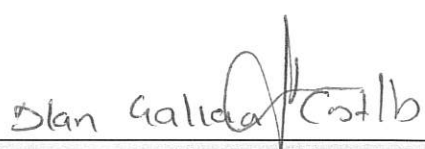


Título:

**REGISTRO DE QUEJA**

Fecha de Recepción de Queja:	Nombre y firma de quien registra la Quejas:		Clave (Asignada por Aseguramiento)	
08 – FEB – 2023	Cristina Franco Santiago		GAN/02023/006 C2	
Cliente (razón social y nombre del representante de la empresa):			Teléfono:	
Hospital Ángeles Sucursal León			477 147 4597	
Domicilio:	Av Cerro Gordo, Lomas del Campestre, C.P. 37150 León, Guanajuato			
<b>Descripción detallada de la queja</b>				
El cliente reporta haber recibido una pieza dañada (roto).				
Vía de recepción de la Queja: (anexar e-mail, memorándum, fax, etc.)			Correo y Telefónico	
<b>DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO DE QUEJA.</b>				
Nombre Comercial:	CES002-21 COMODO ESTANDAR VERDE		Caducidad:	
			14 – SEP - 2027	
Lote :	M030000084	Esterilización:	NA	Presentación:
Cantidad reportada con desviación(piezas):	1	No de Factura: /	20244	PIEZA
<b>Procedencia de la Queja:</b>		<b>Marque con X</b>	<b>Quién?</b>	
Sector Salud				
Sector Privado		<b>X</b>	Área de Compras	
Consumidor				
<b>Clasificación de la Queja:</b>			<b>Marque con X</b>	
Queja Médica				
Queja por defectos de Calidad			<b>X</b>	
Queja Administrativa				
<b>ACCIÓN SOLICITADA POR EL CLIENTE (MARQUE CON X)</b>				
Canje		Revisión del producto en sus instalaciones		
Reposición	<b>X</b>	Re facturación		
Retiro de producto		Nota de crédito		
Cancelación de pedido		Otros (especificar)		
<b>Administrador de Quejas</b>			<b>Vo.Bo. Responsable Sanitario</b>	
 Edgar Silva			 Stan Gallego	
Nombre y Firma			Nombre y Firma	

Título:

**REGISTRO DE QUEJA**

