

Título:

Acciones Correctivas y/o Preventivas

Fecha:

Número de Folio :

Proceso:

05-OCT-2023

GAN/DES/2023-012

Ventas

Persona o Empresa que Reporta el Hallazgo: Edgar Silva Hernández

Tipo de No Conformidad: ( ) Auditoría:  Interna  Externa  
 ( ) Queja  
 ( X ) Desviación  
 ( ) Producto No Conforme  
 ( ) Otro, Especifique: Encuesta a Clientes

Responsable de la No Conformidad: Margarita González/Edgar Silva

Área o Departamento: Ventas/Aseguramiento de Calidad

Descripción del Hallazgo

Realizar plan de mejora de la encuesta de satisfacción al cliente/ puntos a tratar.

- Calidad: en general la calidad se percibe como 30%buena y 70% excelente, debemos esforzarnos de mantener la calidad de lo que fabricamos y los componentes que utilizamos.
- Distribución y entrega: un 30% de las respuestas reporta que no cumplimos con los tiempos de entrega y 15% que el producto no se recibe en buenas condiciones, debemos revisar los envíos foráneos para mejorar en tiempos de entrega y revisar con el proveedor logístico la integridad de nuestros empaques.
- Ventas y atención a clientes: un 10% reporta que no hay buena comunicación con el área comercial, 50% no conoce todos los productos que vendemos y 20% no recibe solución oportuna a los problemas que reporta. Debemos mejorar nuestra cobertura y distribución de clientes para asegurar un mejor servicio al cliente.

Causa Raíz

- Anomalías de calidad en productos o en uso de los paquetes y kits.
- Anomalías en estafeta y de manipulación externa.
- Falta seguimiento por parte de los departamentos para una respuesta inmediata.
- Falta de cobertura en varios puntos de venta.

Tipo de Solicitud:

( X ) Correctiva ( ) Preventiva ( ) Mejora

Personal Involucrado

Margarita González	Paola Perez
Edgar Silva	Magali Juarez
Ana Laura López	

AI	AC	AP	AM	Plan de Trabajo	Responsable	Fecha
	X		X	Contratación Asesor Clínico de Ventas.	Margarita González Beatriz Lara	13-NOV-2023

Título:

**Acciones Correctivas y/o Preventivas**

AI	AC	AP	AM	Plan de Trabajo	Responsable	Fecha
	X		X	Asesorías a clientes sobre el producto que adquieren, evaluación de insumos- satisfacción del cliente y apoyo sobre la línea de paquetes y kits. Reforzar el conocimiento de la gama de los productos que no conocen los clientes.	Asesor Clínico de Ventas	NOV-2023
X			X	Hacer más digerible la política comercial para el seguimiento de quejas por parte de los ejecutivos de ventas, hacia los clientes.	Margarita González Ana López Edgar Silva	OCT-2023
	X		X	Al ingreso de quejas indicar al cliente como se realiza la toma de fotos y llenar registro de queja con toda la información del producto y en caso de tener el material de queja solicitarlo al cliente.	Margarita González Magali Juarez Paola Perez	OCT-2023
	X		X	Tratar cada queja mediante procedimiento y política comercial, mediante un comité para determinar si la queja es o no es procedente y el plan de trabajo que se tendrá con esta queja (accionar a la brevedad).	Alan Galicia Edgar Silva Magali Juarez Paola Perez Ana López	OCT-2023

Responsable (s) de dar seguimiento: \_\_\_\_\_

**Ana Laura López**

Fecha	Seguimiento a Acciones	Responsable
NOV-2023	Asesorías a clientes sobre el producto que adquieren, evaluación de insumos- satisfacción del cliente y apoyo sobre la línea de paquetes y kits. Reforzar el conocimiento de la gama de los productos que no conocen los clientes.	Asesor Clínico de Ventas
OCT-2023	Hacer más digerible la política comercial para el seguimiento de quejas por parte de los ejecutivos de ventas, hacia los clientes.	Margarita González Ana López Edgar Silva
OCT-2023	Al ingreso de quejas indicar al cliente como se realiza la toma de fotos y llenar registro de queja con toda la información del producto y en caso de tener el material de queja solicitarlo al cliente.	Margarita González Magali Juarez Paola Perez
OCT-2023	Tratar cada queja mediante procedimiento y política comercial, mediante un comité para determinar si la queja es o no es procedente y el plan de trabajo que se tendrá con esta queja (accionar a la brevedad).	Alan Galicia Edgar Silva Magali Juarez Paola Perez Ana López



Numero de documento:  
GAN-FOR-SGC-04-01

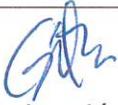
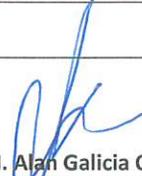
Versión:  
02

Numero de hojas:  
Página 3 de 3

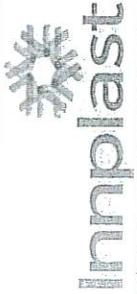
Título:

Acciones Correctivas y/o Preventivas

Fecha Real de Cierre y Hora de Recibida: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ :\_\_ hrs.

Firmas de Cierre de Solicitud		
 LAE. Edgar Silva Hernández	 QFB. Ana Laura López	 II. Alan Galicia Castillo
Nombre y Firma Responsable de la No Conformidad	Nombre y Firma Responsable del Seguimiento	Nombre y Firma Responsable Sanitario





FORMATO

Número de documento:  
GAN-FOR-SGC-04-03

Versión:  
02

Número de hojas:  
Página 2 de 2

Título:

LLUVIA DE IDEAS

Puntos a tratar con la mejora continua de la encuesta de satisfacción a clientes

EFECTO

Anomalías en los productos, son pocas pero representan el 30% en percepción de calidad buena

Falta cobertura de los ejecutivos de ventas hacia los puntos de ventas.

N/A

Estafeta, maltrata el producto, no sabemos como se realiza la manipulación

La política comercial puede hacerse más digerible y de lectura rápida.

N/A

No se acciona a la respuesta al cliente después de una queja de manera inmediata en documentaciones con y reuniones con comité.

N/A

N/A

# POLITICA COMERCIAL

## A NUESTROS CLIENTES :

### 1. COLOCACION DE PEDIDOS

#### Correo electrónico:

[pedidos@medicapolaris.com](mailto:pedidos@medicapolaris.com)  
[mjuarez@medicapolaris.com](mailto:mjuarez@medicapolaris.com)  
[nperez@medicapolaris.com](mailto:nperez@medicapolaris.com)  
[gmiranda@medicapolaris.com](mailto:gmiranda@medicapolaris.com)

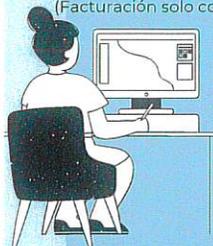
#### Servicio al cliente:

De lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas  
 Teléfono 5556971379 – 5556706276

#### Dirección comercial :

Margarita González C  
 Tel: 5556971379 ext. 602  
[mgonzalez@medicapolaris.com](mailto:mgonzalez@medicapolaris.com)

(Facturación solo con confirmación de pago y envío de pago a cualquiera de estos medios).



#### En su pedido favor de incluir la siguiente información:

- Nombre o razón social
- Dirección fiscal
- Teléfono
- Numero de cliente
- Dirección de entrega de mercancía (solo cuando aplique).
- Número de la orden de compra (si es el caso).
- Nombre de la persona que autoriza la compra.
- Requerimientos especiales de entrega.
- Código de producto Médica polaris, descripción y cantidad.

Ante cualquier situación, petición o controversia, deberá el cliente notificarlo al correo de [pedidos@medicapolaris.com](mailto:pedidos@medicapolaris.com)

### 2. FACTURACION

El monto mínimo de facturación para envíos a domicilio o embarque es de **\$10,000.00 (Diez Mil Pesos 00/100 M.N.)** "misma dirección de entrega". Esta restricción no aplicará por faltantes de producto.



### 3. COTIZACION

- Cotización después del recibo de pedido.
- **30 días** naturales para vigencia de precios.
- Precio mencionado es neto y se agrega el **16% de I.V.A.**

### 4. DEVOLUCIONES

Solo en estos casos según aplique.

- **Producto no requerido por el cliente, Producto con problemas de calidad de origen, Producto con problemas de calidad de traslado y Producto próximo a caducar** (en un plazo máximo de **15 días** naturales después de haber recibido el producto).
- Toda devolución debe de ser notificada a servicios al cliente, no se aceptan devoluciones notificadas después de **30 días** a la compra del producto.
- Se le indicara la forma de recoleccion.
- El cliente debe de enviar fotos ( 4 lados de la caja y el producto) y numero de guia de envio (si es foraneo).
- Para realizar alguna reclamación o devolución es max **24 horas** después de la entrega del producto en sus instalaciones.

### 5. ATENCION A QUEJAS POR CALIDAD DEL PRODUCTO



Con cada queja se buscara la mejora continua a través de formatos, redireccionados al cliente que le den una resolución satisfactoria (un representante de ventas lo mantendrá informado).

### 6. DIRECTRICES DE CREDITO Y COBRANZA

Solicitud a través del representante de ventas, mediante formato solicitud de crédito.

Para ser candidato se requiere tener compras constantes durante un período **mínimo de 6 meses.**

- Se informará la aceptación o rechazo del crédito.
- De ser aprobado se le asignará un **Monto Límite de Crédito, Código de Cliente y Plazo de Pago.**

### 7. ENTREGAS

- Pedidos menores a **\$10,000.00 (Diez mil pesos 00/100 MN)** para recoger el producto la dirección es la siguiente:  
**Ganaderos 234 Col. Granjas Esmeralda. CP: 09810. CDMX.**  
**Horario de Entregas: 09 – 17:00 de Lunes a Viernes (Almacén Central).**
- Clientes que recojan el producto la factura deberá ser liquidada **mínimo 60 minutos** antes de recoger el producto.
- El tiempo máx de entrega al cliente sera establecido por la matriz de distribución.
- Todo adicional, tendrá un cargo extra y las condiciones de entrega serán de **24 a 48 horas.**
- Para entregas foráneas las reclamaciones deben ser máx **24 horas** después de la entrega.

	Numero de documento: GAN-FOR-REH-02-01	Versión: 02	Numero de hojas: Página 1 de 1
Título: <b>LISTA DE ASISTENCIA</b>			

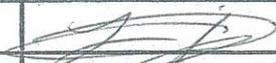
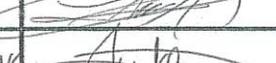
Fecha: 29 - NOV - 2023	Hora: 10:00
------------------------	-------------

Tipo de Reunión:

Ordinaria ( ) Extraordinaria (X) Curso o Difusión: ( )

Asunto: Capacitación

Lugar: PROTEMI	Imparte: German Miranda.
----------------	--------------------------

No.	Nombre	Puesto	Firma
1.	Walter A. Alvarez	Ventas	
2.	Angel A. Ceballos S.	Ventas	
3.	Ma. de los Angeles Cruz Marquez	Compras	
4.	Oscar Gonzalez Arce	Compras	
5.	Rodrigo Ricardo Cervantes	Atención a cliente	
6.	Roger Aguirre Escobar	Atención a cliente	
7.	Jose Armando Jimenez Vera	Almacén	
8.	Dulce Karina Rivas Rosas	Dirección Administrativa	
9.	Alfonso Salazar	Ventas	
10.	Oscar E. Ortega V.	Dirección Comercial	
11.	Laura Elisa Perez Cruz	Dirección General	
12.			
13.			
14.			
15.			
16.	N	A	
17.		G. Miranda	
18.		29 - Nov - 2023	
19.			
20.			

Título:

LISTA DE ASISTENCIA

Fecha:

14-DIC-2023

Hora:

15:30

Tipo de Reunión:

Ordinaria ( / ) Extraordinaria ( ) Curso o Difusión: ( )

Asunto:

Seguimiento a la queja  
GAN/Q2023/028C2 GAN/Q2023/029C2

Lugar:

Sala de Juntas 1.

Imparte:

Ana Lopez Martinez.

No.	Nombre	Puesto	Firma
1.	Nancy Paola Pérez Sánchez	Ejecutiva	[Firma]
2.	Guillermina Lora Cruz	Glc. Producción	[Firma]
3.	Esperanza Rufo Pérez	Calidad	[Firma]
4.	Alan Cevallos Castillo	Responsable Juntas	[Firma]
5.	Edgar Silva Hdz.	Aseg. calidad	[Firma]
6.	Luz Herminia Martínez	Almacén	[Firma]
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.		A. López	
13.		14-DIC-2023	
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

## *Acciones para mejorar difusión y conocimiento de nuestros productos*

- Participación en Exposiciones y congresos para fortalecer el conocimiento de la marca y los diferentes productos que tenemos en portafolio.





# CAPACITACION A DISTRIBUIDORES



**INFORME**  
 TÍTULO: LISTA DE ASISTENCIA  
 Fecha: 27/08/2014  
 Hora:

Tipo de Reporte:  
 Original ( ) Expediente ( ) Carta Ombudsman ( )

Autor: **Capacitación**  
 Líder: **PROTEMA**  
 Unidad: **GERENCIA PROTEMA**

No.	Nombre	Puesto	Firma
1	Walter Torres M.	Gerente	[Firma]
2	Yanely Arredondo S.	Gerente	[Firma]
3	Hilberto Rojas C.	Gerente	[Firma]
4	Prof. Sergio Rojas C.	Gerente	[Firma]
5	Andrés Sánchez C.	Gerente	[Firma]
6	Prof. Sergio Rojas C.	Gerente	[Firma]
7	Prof. Sergio Rojas C.	Gerente	[Firma]
8	Oliver Torres M.	Gerente	[Firma]
9	Oliver Torres M.	Gerente	[Firma]
10	Oliver Torres M.	Gerente	[Firma]
11	Oliver Torres M.	Gerente	[Firma]
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Impreso: 14/08/2014 10:00:00 AM  
 Autor: 14/08/2014 10:00:00 AM  
 Unidad: 14/08/2014 10:00:00 AM  
 Fecha: 14/08/2014 10:00:00 AM  
 Hora: 14/08/2014 10:00:00 AM  
 Tipo de Reporte: Original ( ) Expediente ( ) Carta Ombudsman ( )

# CAPACITACION DISTRIBUIDORES CON FUERZA DE VENTAS NACIONAL



