
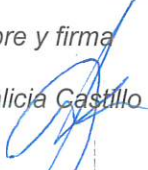
	FORMATO	Numero de documento: GAN-FOR-SGC-08-04	Versión: 02	Numero de hojas: Página 1 de 2
		Título: QUEJA A PROVEEDORES		

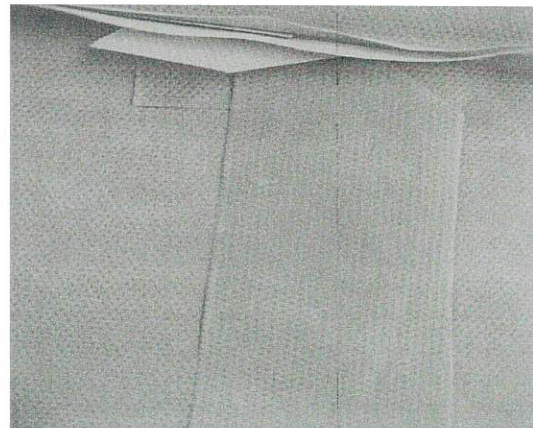
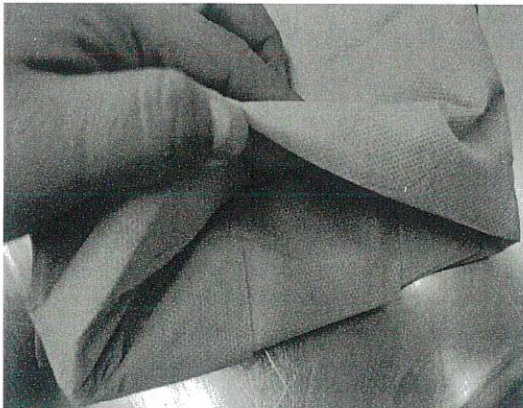
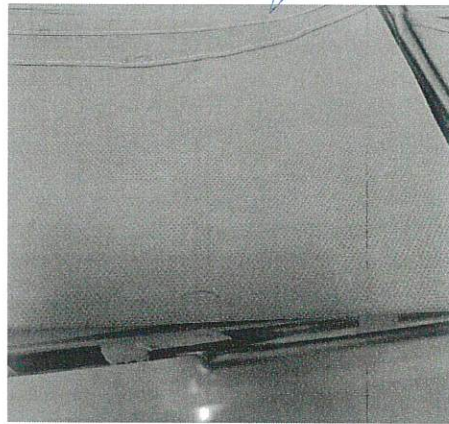
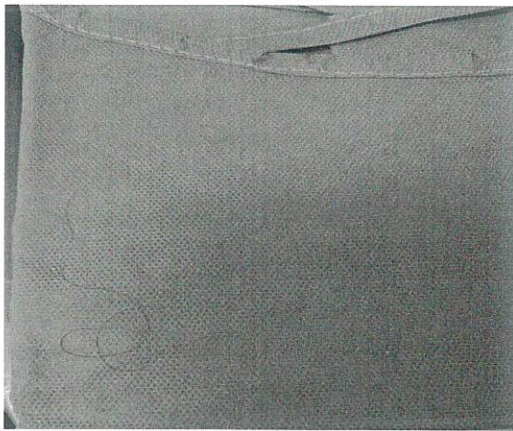
Fecha de Emisión de Queja: 30-ENE-2023		Clave: (GAN/PNC/2023-003P)	
Proveedor (razón social de la empresa): CLAUDIA HERNÁNDEZ ISLAS		Domicilio: HIDALGO 5, LOS OLIVOS, ZEMPOALA, HGO. CP: 043830	
Teléfono: N/A	Fax: N/A		
Responsable de la empresa proveedora: A QUIEN CORRESPONDA			
1. Descripción detallada de la queja			
Durante la inspección se detectaron los siguientes hallazgos: BATA PACIENTE ADU 35 G 150X110 CM C/MANGA LOTES: 9000000811 / 9000000845 <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de cabellos. - Con polvo 			
2. Descripción del producto/servicio de queja.			
Nombre del producto o servicio: BATA PACIENTE ADU 35 G 150X110 CM C/MANGA		Nombre Genérico(si aplica): BATA PACIENTE ADU 35 G 150X110 CM C/MANGA	
Lote: BATA PACIENTE ADU 35 G 150X110 CM C/MANGA LOTE: 9000000811 LOTE: 9000000845	Esterilización: N/A	Presentación: Pieza	
Cantidad reportada con desviación (piezas): LOTE: 9000000811 7 piezas LOTE: 9000000845 6 piezas		No. De Factura: NA	
3. Clasificación de la Queja:			Marque con X
Queja Médica			
Queja por defectos de Calidad			X
Queja Administrativa			
4. Estatus del Producto/Servicio (Marque con X)			
Aprobado Condicionado se está revisando al 100% en el proceso de inspección	X	Rechazado	

Título:

QUEJA A PROVEEDORES

Elaboró	Vo.Bo. Responsable Sanitario
Nombre y firma  Esperanza Rosas Inspector de Calidad	Nombre y firma  Alan Galicia Castillo

EVIDENCIA



Título:

Acciones Correctivas y/o Preventivas

AI	AC	AP	AM	Plan de Trabajo	Responsable	Fecha

Responsable (s) de dar seguimiento: Edgar Silva

Fecha	Seguimiento a Acciones	Responsable
30-ene-2023	Revisar al 100 % el producto	Ma. Guadalupe Hernandez
30-ene-2023	Enviar queja al proveedor y solicitar las acciones	Alan Galicia / Israel Avila
Handwritten signature and date: D. Galicia 30-ENE-2023		

Fecha Real de Cierre y Hora de Recibida: ___/___/___ :__ hrs.

Firmas de Cierre de Solicitud		
<i>D. Galicia</i>		
Nombre y Firma Responsable de la No Conformidad	LAE. Edgar Silva Hernández Nombre y Firma Responsable del Seguimiento	I.I Alana Christian Galicia Castillo Nombre y Firma Responsable Sanitario