
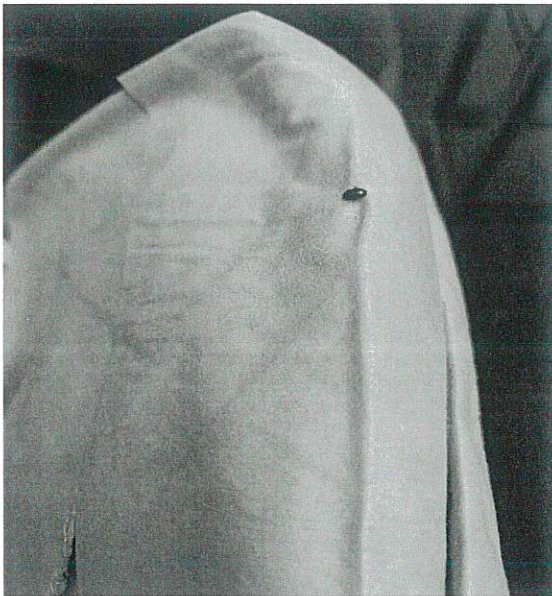
	FORMATO	Numero de documento: GAN-FOR-SGC-08-04	Versión: 02	Numero de hojas: Página 1 de 2
		Título: QUEJA A PROVEEDORES		

Fecha de Emisión de Queja: 01-FEB-2023		Clave: GAN/PNC/2023-005-P	
Proveedor (razón social de la empresa): NEXTMED SA DE CV		Domicilio: Fresno, Centro, 43830 Zempoala, Hgo.	
Teléfono: 743 741 1950		Fax: N/A	
Responsable de la empresa proveedora: A QUIEN CORRESPONDA			
1. Descripción detallada de la queja			
Durante la inspección se detectó el siguiente hallazgo;			
1. Presencia de un insecto en el paquete de batas Lotes: 098MAP2522 / 100MAP2622			
2. Descripción del producto/servicio de queja.			
Nombre del producto o servicio: Bata rep xlarga manga ranglan 150 x 145 cm		Nombre Genérico(si aplica): Bata rep xlarga manga ranglan 150 x 145 cm	
Lote: Clave: 2DM5-73-SR-150145 Lote: 098MAP2522 Lote: 100MAP2622	Esterilización: N/A	Presentación: Paquete	
Cantidad reportada con desviación (piezas): Lote: 098MAP2522 Lote: 100MAP2622 Total de piezas: 278		No. De Factura y/o remisión: 1096	
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		Rechazado	
		278 pz	

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

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

EVIDENCIA



Título:

Acciones Correctivas y/o Preventivas

AI	AC	AP	AM	Plan de Trabajo	Responsable	Fecha
				N A	D. Galicia	01-FEB-2023

Responsable (s) de dar seguimiento: Edgar Silva

Fecha	Seguimiento a Acciones	Responsable
01-FEB-2023	Revisar al 100 % el producto	Ma. Guadalupe Hernandez
01-FEB-2023	Enviar queja al proveedor Enviar queja al proveedor y solicitar las acciones	Alan Galicia / Israel Avila

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

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