UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA
Tecnologías de Información
Departamento de Atención a Usuarios

REPORTE DE RECLAMACION

FECHA DE REGISTRO_____

MEDIO DE RECEPCIÓN_____

NOMBRE COMPLETO Y PUESTO DEL USUARIO		
NO. EMPLEADO O MATRICULA (NA si no aplica)	TELÉFONO(S)	DEPENDENCIA / FACULTAD, ESCUELA O INSTITUTO

NO. DE SOLICITUD QUE DERIVA LA INCONFORMIDAD:	
DESCRIPCIÓN DE LA INCONFORMIDAD	

ACCIÓN CORRECTIVA	
ACCIÓN PREVENTIVA	

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A USUARIOS
Nombre y firma del responsable _____

DEPARTAMENTO / ÁREA RESPONSABLE _____
Nombre y firma del responsable _____

FECHA DE CIERRE _____