



## REPORTE DE RECLAMACIÓN

FOLIO \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_ MEDIO DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

DATOS DEL USUARIO			
Nombre del usuario:			No. empleado o matrícula:
Dependencia / Unidad Académica:			Teléfono(s):

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

ORIGEN DE LA QUEJA								
Solicitud de Servicio (SGAU's):	Proyecto:				Otro (especifique):			
Área(s) responsable(s) Marque con una "X"	DAU	DSI	DRT	DSE	CSC	CNO	CAD	CPY
Servicio Afectado								
Nombre(s) y firma(s) de responsables de área								

PLAN DE ACCIÓN			
ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	NOMBRE Y FIRMA DE RESPONSABLE	FECHA DE TERMINO
CONTENCIÓN			
CORRECTIVA			
PREVENTIVA			

Seguimiento de que el plan de acción sea eficaz:  
 (Marque con una X según corresponda)

PLAN DE ACCIÓN EFECTIVO:	Si	No	15 días	30 días	45 días	Más de 45 días
--------------------------	----	----	---------	---------	---------	----------------

Comentarios:

VERIFICADA POR Nombre y firma	
----------------------------------	--