



REPORTE DE RECLAMACION

FOLIO: _____

FECHA Y HORA DE RECEPCION: _____ MEDIO DE RECEPCION: _____

DATOS DEL USUARIO			
Nombre del usuario:		No. De empleado o matricula	
Dependencia / Unidad Academica:		Telefono(s):	

DESCRIPCION DE LA QUEJA				
Solicitud de Servicio (Groove):	Proyecto:		Otro (especifique):	
Areas(s) responsable(s) Marque con una "X"	AL	DT	DRT	DRT
Servicio Afectado				
Nombre(s) y firma(s) de responsables de área				

PLAN DE ACCION			
ACCION	DESCRIPCION	NOMBRE Y FIRMA DE RESPONSABLE	FECHA DE TERMINO
CONTENCION			
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	Mas de 45 días
Comentarios:						
VERIFICADA POR Nombre y firma						