**FORMATO PARA ATENCIÓN DE QUEJAS Y APELACIONES.**

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA DE PRESENTACIÓN. |  |
| NOMBRE DEL RECLAMANTE. |  |
| RAZÓN SOCIAL/ NOMBRE DEL RECLAMENTE. |  |
| No. TELEFÓNICO DE CONTACTO DEL RECLAMANTE. |  |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL RECLAMANTE. |  |
| MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN. |  |
| EVIDENCIAS PREESENTADAS. |  |
| ES CLIENTE DE EFECTO ZERO | SI ( ) NO ( ) |
| EN CASO DE NO SER CLIENTE DE EFECTO ZERO INDIQUE QUE PARTE INTERESADA REPRESENTA: |  |

CLASIFICACIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

|  |  |
| --- | --- |
| APELACIÓN ( ) | QUEJA ( ) |
| PERSONA QUE LA REGISTRA |  |
| NO. DE REGISTRO. |  |
| FECHA DE REGISTRO. |  |
|  |  |
| ESTÁ VINCULADA CON LOS SERVICIOS DE EFECTO ZERO |  |
| PERSONA ASIGNADA PARA ATENDER LA QUEJA/APELACIÓN |  |
| ES PROCEDENTE LA QUEJA/APELACIÓN |  |

**PROCESO DE ATENCIÓN DE LA RECLAMACIÓN (QUEJA O APELACIÓN)**

|  |
| --- |
| CAUSA RAIZ DE LA QUEJA/APELACIÓN: |
| ACCIÓN CORRECTIVA PROPUESTA (VER FORMATO F-PSG-05-01) |
| Solo para Apelación:¿ES NECESARIO EMITIR UN NUEVO DOCUMENTO DE DECLARACIÓN? SI ( ) NO ( )FECHA DE EMISIÓN |
| FECHA DE RESPUESTA AL CLIENTE |
| ¿SE RESPONDIÓ EN 10 DÍAS HÁBILES O MENOS? SI ( ) NO ( ) |
| FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA AUTORIDAD COMPETENTE: |