**Dirigido a**

**Kiwa BCS Costa Rica Limitada**

**Encargado de Calidad**

**A completar por el cliente:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del cliente |  |
| Dirección/País |  |
| Persona contacto |  |
| Detalles del contacto |  |
| **Descripción de la queja** |
| Fecha:  | Firma:  |

|  |
| --- |
| **A completar por responsable de Kiwa BCS:** |
| **Ingreso del queja** | Fecha:  |
| **Clasificación:**  **Queja**   **Apelación** | Fecha:  |
| **Ingreso de la resolución** | Fecha:  |
| Comentarios:  |
|  |
| Nombre del encargado de Kiwa: |  |
|  **Queja** o  **Apelación** |  **Aceptación** o **Rechazo** |
| Razones:  |
| Fecha:  | Firma:  |
| **Descripción de la toma de medidas**  |
| Plazo:  | Responsable:  |
| Fecha:  | Firma:  |
| **Verificación de efectividad**  |  |
| [ ] Solucionado |  |
| [ ] No necesario | Razones:  |
| Fecha:  | Firma:  |
| **Solucionado** |  |
| Fecha:  | Firma:  |