

Food Safety CTS

Servicios de Auditoría S.C.

Documento Formato de quejas, apelaciones y servicios no conformes	Código: DOC-16	Alcance:	Elaboración:
		Calidad	20/09/2023
		Versión:	Última revisión:
		1.2	09/10/2025

INFORMACIÓN DEL CLIENTE			
Nombre del reclamante			Fecha de detección
Teléfono		Empresa y cargo	
Marque con una "X" el tipo de petición			
Queja Insatisfacción respecto a las actividad del OC o clientes certificados	Apelación Solicitud para reconsiderar una decisión relacionada con su proceso de certificación	Servicio no conforme Incumplimiento de un requisito del sistema de gestión, del esquema de certificación o procedimientos internos del OC	
Descripción de la petición realizada 			
*Después de describir la inconformidad pase este formato al departamento de gestión de la calidad			
Nombre del personal que identifica la petición		Medio de recepción	
		☐ Teléfono ☐ Medios electrónicos ☐ Persona	
CAMPOS A LLENAR POR EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD			
Confirmación de recepción: (Por favor indique quien realizó el acuse de recibo al promovente, medio y fecha; máximo 2 días hábiles)			
Evaluación de la procedencia: () Procedente () No procedente			
Justificación: 			
Firma y fecha del evaluador de la procedencia: 			
En caso de resultar procedente; nombre del evaluador imparcial asignado al caso: 			

Food Safety CTS

Servicios de Auditoría S.C.

Documento	Código:	Alcance:	Elaboración:
		Calidad	20/09/2023
		Versión:	Última revisión:
		1.2	09/10/2025

Investigación (plazo máximo 10 días hábiles)	
Cronología de sucesos	
001	
002	
003	
004	
004	
005	
006	
007	
008	
009	
010	
011	
012	
013	
014	
015	
016	
017	
018	
019	
Análisis de causa raíz para validación de hecho	
Mano de obra	Maquinaria
Método	Materiales
Medio ambiente	Medición

RD= Representante de la Dirección

Food Safety CTS

Servicios de Auditoría S.C.

Documento	Código:	Alcance:	Elaboración:
		Calidad	20/09/2023
		Versión:	Última revisión:
		1.2	09/10/2025

Actividades propuestas de resolución (incluir fecha compromiso de término) (implementar acciones correctivas en un plazo máximo de 10 días hábiles)	
	Firma y nombre del responsable de área

Desahogo de la petición				
Acción correctiva		Acción efectiva		Fecha cierre (llenado por RD)
SÍ	NO	SÍ	NO	
				Firma del RD
No.				

Cierre	
¿Se han concluido todas las acciones?	(sí / no) (fecha)
¿Se comunicó la decisión al promovente? Vía de comunicación:	(sí / no) (llamada / email / mensaje) (fecha)
Nivel de satisfacción del cliente:	

Criterios de nivel de satisfacción	
BAJO	Se expresa que no fue atendida la queja y que no se le dio atención oportuna.
MEDIO	Se expresa de manera parcial y fue muy tardada la atención y solución de la queja.
ALTO	Se expresa que fue atendido de manera oportuna y el cliente quedó satisfecho con el resultado.