

# Food Safety CTS

## Servicios de Auditoría S.C.

<b>Documento</b>  Formato de quejas, apelaciones y servicios no conformes	<b>Código:</b> DOC-16	<b>Alcance:</b>	<b>Elaboración:</b>
		<b>Calidad</b>	<b>20/09/2023</b>
		<b>Versión:</b>	<b>Última revisión:</b>
		<b>2.0</b>	<b>16/04/2026</b>

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

<b>Nombre del reclamante</b>	<b>Fecha de detección</b>
<b>Teléfono</b>	<b>Empresa y cargo</b>

### Marque con una "X" el tipo de petición

Queja	Apelación	Servicio no conforme
Insatisfacción respecto a las actividad del OC o clientes certificados	Solicitud para reconsiderar una decisión relacionada con su proceso de certificación	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

<b>Nombre del personal que identifica la petición</b>	<b>Medio de recepción</b>
	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Medios electrónicos <input type="checkbox"/> Persona

### CAMPOS A LLENAR POR EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

<b>Confirmación de recepción:</b> <small>(Por favor indique quien realizó el acuse de recibo al promovente, medio y fecha; máximo 2 días hábiles)</small>	
--	--

**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.

<b>Documento</b>  <b>Formato de quejas, apelaciones y servicios no conformes</b>	<b>Código:</b> <b>DOC-16</b>	<b>Alcance:</b>	<b>Elaboración:</b>
		<b>Calidad</b>	<b>20/09/2023</b>
		<b>Versión:</b>	<b>Última revisión:</b>
		<b>2.0</b>	<b>16/04/2026</b>

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.

<b>Documento</b>  <b>Formato de quejas, apelaciones y servicios no conformes</b>	<b>Código:</b> <b>DOC-16</b>	<b>Alcance:</b>	<b>Elaboración:</b>
		<b>Calidad</b>	<b>20/09/2023</b>
		<b>Versión:</b>	<b>Última revisión:</b>
		<b>2.0</b>	<b>16/04/2026</b>

**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)	Firma del RD
SÍ	NO	SÍ	NO		
<b>No.</b>					

**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.