

Queja Apelación Recomendación N°

Nombres: Apellidos:

Entidad:

Dirección:

Provincia: Ciudad:

Teléfonos: Fax: Email:

Motivo que genera la Queja, Apelación y/o Recomendación

Firma: _____ Fecha: _____

Análisis inicial - Coordinador Administrativo

Análisis y Decisión - Comité de Quejas y Apelaciones

Responsable: _____ Fecha: _____

Notificación de la respuesta

Nombre de quien recibe la respuesta: _____

Fecha: _____