



## CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES

PCM06/R1

Rev.:0

CLIENTE:	FECHA:
SERVICIO:	

1- ¿Cómo valora la calidad de los servicios que **AFRIBA** le ofrece?

2- ¿Cuál es su valoración sobre los técnicos que **AFRIBA** selecciona para su organización?

3- ¿Cuál es su valoración respecto a la relación calidad/ precio de los servicios prestados por **AFRIBA**?

4- ¿Cómo valora la cordialidad de trato dada por el personal de **AFRIBA**.?

5- ¿Cómo valora la efectividad en la resolución de las cuestiones que les plantean al personal de **AFRIBA**?

6- ¿Cómo valora la resolución de las reclamaciones por parte de **AFRIBA**?

### COMENTARIOS:

#### Instrucciones:

- Valore cada uno de los servicios según el siguiente criterio:

0 = Muy Mala.

1 = Mala.

2 = Normal.

3 = Buena.

4 = Muy buena.

- Deje la valoración en blanco si no desea hacer una valoración o no tiene criterio (NS/NC).





# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

PCM06/R3  
Rev.:0

<b>INFORME DE AUDITORÍA</b>		<b>AUDITORIA N°</b>
		<b>INFORME N°</b>
<b>OBJETO:</b>		
<b>ALCANCE:</b>		
<b>Área/Departamento</b>	<b>Fecha realización</b>	<b>Equipo auditor</b>
<b>DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:</b>		



# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

PCM06/R3  
Rev.:0

INFORME DE AUDITORÍA	AUDITORIA N°
	INFORME N°

**RESULTADO: (No Conformidades)**





# INFORME DE NO CONFORMIDAD

PCM06/R5  
Rev.:0

## DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN

Nº:

DEPARTAMENTO/ÁREA:

TIPO DE NO CONFORMIDAD:

NO CONFORMIDAD INTERNA

PROVEEDOR

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD:

Responsable:

Fecha:

## TRATAMIENTO

Acciones a realizar:

Responsable:

Firma

Fecha:

Plazo de Ejecución:

## SEGUIMIENTO Y CIERRE

Observaciones:

Firma

Fecha de cierre:

¿Requiere la aplicación de acción correctiva?  NO  SI N° acción correctiva: \_\_\_\_\_





## INFORME DE RECLAMACIÓN DE CLIENTE

PCM06/R7  
Rev.:0

IDENTIFICACIÓN	
Nº:	
Tipo de reclamación: Telefónica <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/>	
Receptor de la reclamación:	Fecha de la reclamación: Fecha de apertura:
Nombre del cliente:	
Descripción del servicio prestado objeto de reclamación:	
Motivo de la reclamación:	
TRATAMIENTO	
Descripción de la solución dada a la reclamación del cliente:	
Responsable: Firma Fecha:	Plazo de Ejecución:
¿Ha generado alguna acción correctiva? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI N° acción correctiva: _____	
CIERRE	
¿Ha quedado el cliente satisfecho?	
Firma Fecha de cierre:	



## INFORME DE ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA

PCM06/R8

Rev.:0

ACCIÓN CORRECTIVA <input type="checkbox"/>	ACCIÓN PREVENTIVA <input type="checkbox"/>
Nº: DEPARTAMENTO/ÁREA:	
ANTECEDENTES: INFORME/S DE NO CONFORMIDAD Nº:	
Fecha de Apertura: CAUSA DE LA NO CONFORMIDAD:	
DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA:	
RESPONSABILIDAD DE LA IMPLANTACIÓN:	
FECHA ESTIMADA IMPLANTACIÓN:	
Aprobada:	
Fdo.:	Fecha: ___ / ___ / ___
FECHA DEL CIERRE:	
MOTIVO DEL CIERRE/EFICACIA:	
Fdo.:	



## INDICE DE ACCIÓN CORRECTIVA Y PREVENTIVA

PCM06/R9

Rev.:0

Nº	Dpto/Area:	Tipo*	Fecha apertura	Fecha cierre	Breve Descripción Motivo	Observaciones

\* C: Acción Correctiva; P: Acción Preventiva

