***A:***

***Kiwa Peru SAC***

*Encargado de Calidad*

*Calle Las Camelias 790 OF 508*

*San Isidro Lima*

*T: +51 (01) 2215633*

**Por favor seleccione el tipo de comunicación:**

Mediante la presente, deseo presentar unaElija un elemento.

***Completado por el cliente:***

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Completado por EC Kiwa BCS:*** | | | |
| **Ingreso del documento** | | | Fecha |
| **Clasificación:**  **Queja** o  **Apelación** | | | Fecha |
| **Enviada a: (responsable de Kiwa)**  **(Nombre)** | | | Fecha |
| **Ingreso de la resolución** | | | Fecha |
| Comentario | | | |
| ***Completado por el responsable de Kiwa:*** | | | |
| Nombre: | | Oficina Kiwa BCS: | |
|  **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 | | |