

**DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  
FORMULARIO DE QUEJAS SOBRE PROVEEDORES**

Fecha: \_\_\_\_\_

Persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Ext.: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_

Ext.: \_\_\_\_\_

¿Se ha informado al supervisor sobre esta queja? Sí/No

Proveedor: \_\_\_\_\_

N.º de sitio (si corresponde): \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Descripción de la queja (es decir, los detalles completos del evento o la queja, la(s) fecha(s) y/o las partes involucradas):

Enumere todas las partes involucradas en la queja (incluya su información de contacto):

Enumere todas las medidas que usted u otros hayan tomado para abordar o resolver la queja.

**A completarse por la Unidad de Contratos  
Clínicos**

**Revisor:**

**Medida tomada por la Unidad de Contratos Clínicos:**

¿Se elaboró un informe de mejora continua de la calidad?: Yes / No

**Fecha de elaboración:**