REGISTRO SQR Nº

El método de tratamiento de las Sugerencias, Quejas, Reconocimientos y Apelaciones SQR al interior de la institución es confidencial para garantizar objetividad en los investigaciones, decisiones y soluciones.

NOMBRE:				**CURSO:**				**FECHA:**	
SQR:	**Sugerencia**		**Queja**		**Reconocimiento**		**Apelación**		(Marque con una X)
SOLICITA	Padre/Madre		Representante		Estudiante		Pers. Adminit.		Pers. Apoyo	
	Docente		Médico		Transportista		Bar		Otro	

DESCRIPCIÓN DE LA SUGERENCIA, QUEJA, RECONOCIMIENTO, APELACIÓN SQR

RECIBE	Autoridad		Docente/Tutor		Inspector		DECE		Secretaría	

Firma Solicitante	**Firma Recibe**	**FECHA**
Nombre:	**Nombre:**	

DISPOSICIÓN DE LA SQR

VICERRECTORADO		**DECE**		**INSPECCIÓN**		**TALENTO HUMANO**	

Firma Rectorado	**Firma Responsable Seguimiento**	**FECHA**
Nombre:	**Nombre:**	

EVALUACIÓN INICIAL (Investigación - Observación - Indagación)

ACCIONES PARA TRATAR LA SQR

Firma Responsable del Seguimiento	**Firma causante de la SQR**	**FECHA**
Nombre:	**Nombre:**	
COMUNICACIÓN DE LA SOLUCIÓN AL SOLICITANTE		
Firma Responsable del Seguimiento	**Firma Solicitante**	**FECHA**
Nombre:	**Nombre:**	
RESULTADOS DE SEGUIMIENTO DE LA SQR		
Firma Responsable del Seguimiento	**Firma causante de la SQR**	**FECHA**
Nombre:	**Nombre:**	
CIERRE DE LA SQR		

Firma Responsable del Seguimiento	**Firma Causante de la SQR**	**Firma Calidad**	**FECHA**
Nombre:	**Nombre:**	**Nombre:**	