



FORMULARIO DE QUEJAS Y RECLAMOS COAC 4 DE OCTUBRE

FORMULARIO N°

RUC: 0691702324001

FECHA DE RECEPCIÓN

DÍA	MES	AÑO

Estimado Socio/Cliente:

Indicaciones para llenar el formulario:

1. El formulario deberá ser presentado debidamente firmado.
2. Los campos con el signo asterisco (*) son obligatorios.
3. Si necesita más espacio, puede adjuntar un documento adicional.

PRESENTO EL SIGUIENTE RECLAMO EN CALIDAD DE: SOCIO CLIENTE PROVEEDORES OTROS

DATOS DEL RECLAMANTE

Apellidos y Nombres Completos*	Seleccione el tipo de identificación*	Número de Identificación*
	Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/>	
	Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

Género	Edad	Teléfono Celular*	Teléfono Fijo
Masculino <input type="checkbox"/>			
Femenino <input type="checkbox"/>	Las notificaciones que se generen del presente reclamo solicito se me las haga llegar a*: Correo Electrónico <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/> Me acercaré personalmente <input type="checkbox"/>		Correo electrónico para notificaciones:

IDENTIFICACIÓN DE LA QUEJA O RECLAMO*

Señale la agencia donde tuvo el inconveniente:

PENIPE	CAJABAMBA	POLITÉCNICA	PUYO	MITAD DEL MUNDO	BAÑOS
QUIMIAG	TERMINAL ORIENTAL	DOLOROSA	TENA	SAN FRANCISCO	COLÓN

MONTO DEL RECLAMO:

\$

Señale en cual de los siguientes items tuvo el inconveniente:

PRÉSTAMO <input type="checkbox"/>	TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/>	COBROS INDEBIDOS <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN <input type="checkbox"/>
AHORROS <input type="checkbox"/>	CAJERO AUTOMÁTICO <input type="checkbox"/>	SERVICIOS NO SOLICITADOS <input type="checkbox"/>	OTRO (especifique):
INVERSIONES <input type="checkbox"/>	BANCA VIRTUAL <input type="checkbox"/>	VENTAS AGRESIVAS <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

SI SU RECLAMO SE DEBE A TARJETA DE DÉBITO Y/O CAJERO AUTOMÁTICO POR FAVOR ESPECIFICAR

LUGAR DEL RETIRO	FECHA Y HORA DE LA TRANSACCIÓN	4 ÚLTIMOS DÍGITOS DE TARJETA

DETALLE DE LA QUEJA O RECLAMO*:

Detalle su reclamo expuesto de forma clara y concisa, así como la determinación de la fecha en que ocurrieron los hechos

PETICIÓN DEL SOCIO / CLIENTE*:

Indicación clara y precisa de lo que solicita en el presente reclamo

AUTORIZACIÓN DEL RECLAMANTE

Autorizo de manera libre, específica, informada e inequívoca a que la Cooperativa en el ámbito de su competencia haga uso, manejo y custodia de los datos personales que he dejado señalados en el presente formulario, así como para el tratamiento y comunicación que se llegare a realizar. Declaro que toda la información entregada es verídica y de mi total responsabilidad.

Firma del Reclamante*

Para uso de la Cooperativa
Recibe:

Firma del Funcionario

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN

COPIA DE IDENTIFICACIÓN (Obligatorio)

DOCUMENTOS ADICIONALES (Detallar)



INFORMACIÓN GENERAL PARA EL SOCIO / CLIENTE QUE PRESENTA LA QUEJA O RECLAMO

- Estimado Socio / Cliente, su Cooperativa le entregará una copia del formulario en la presentación de la Queja o Reclamo, en caso de ser presencial. También puede encontrar el formulario en nuestra página web **www.4deoctubre.net**, dentro del apartado de Quejas o Reclamos.
- Su cooperativa le proporcionará el formulario sin ningún condicionamiento.
- El formulario de Quejas o Reclamos y su tramitación son gratuitos.
- De conformidad con Reglamento de Protección al Cliente de la Cooperativa, la atención a la presente Queja o Reclamo será atendida en el plazo máximo de quince (15) días.
- En caso de inconformidad con el pronunciamiento emitido por la Cooperativa, usted puede escalar su Queja o Reclamo a la Comisión Especial de Resolución de Conflictos enviando un correo electrónico a la dirección **resolucion.conflictos@4deoctubre.net**

Tu opinión nos permite mejorar...!

Porque para nosotros, Tú eres lo más importante...!

PARA USO DE LA COOPERATIVA

Canal de recepción del Reclamo		Físico <input type="checkbox"/>	Virtual <input type="checkbox"/>		
Origen del Reclamo	Localidad:	Nacional <input type="checkbox"/>	Internacional <input type="checkbox"/>		
ESTADO DEL RECLAMO		RESOLUCIÓN		VALIDACIÓN DE RESOLUCIÓN	
Ingresado	<input type="checkbox"/> _____	Favorable	<input type="checkbox"/> _____	Satisfactorio	<input type="checkbox"/> _____
Devuelto	<input type="checkbox"/> _____	Parcialmente favorable	<input type="checkbox"/> _____	Medianamente Satisfactorio	<input type="checkbox"/> _____
Trámite	<input type="checkbox"/> _____	Desfavorable	<input type="checkbox"/> _____	No Satisfactorio	<input type="checkbox"/> _____
Resuelto	<input type="checkbox"/> _____	Desistimiento	<input type="checkbox"/> _____		
Monto Restituido		Interés sobre Monto Restituido		Monto Total	Fecha