|  |  |
| --- | --- |
|  | **FORMULARIO ÚNICO DE ATENCIÓN DE PÚBLICO** |
|  |
| (Uso interno) FOLIO: |
| (Uso interno) N° CASO: |
| (Uso interno) FECHA INGRESO: |
| (Uso interno) ASIGNADO A: |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Requerimiento:** | | | | | | | |
| **Reclamo** | **Consulta** | | | | | | **Alerta Ciudadana** |
|  | | | | | | | |
| **Datos del consumidor(a)** | | | | | | | |
| **Nombres:** | | | | **Apellidos:** | | | |
| **Sexo: \_\_\_** Mujer  \_\_\_ Hombre  \_\_\_ Prefiero no decirlo | **Nacionalidad:** | | | | | | **Rut o documento de identificación:**  **Número de serie:** |
| **Dirección:** | | | | | | | |
| **Comuna:** | | **Región:** | | | | | |
| **Teléfono celular:** | | | | **Teléfono:** | | | |
| **Fecha de Nacimiento: / /** | | | | **Correo  electrónico:** | | | |
| **Datos de la empresa o comerciante (Llenar si su requerimiento es un Reclamo o Alerta Ciudadana)** | | | | | | | |
| **Nombre de la empresa:**  **CGE DISTRIBUCION** | | | | | | **Rut:**  **NO LLENAR** | |
|  | | | | | | | |
| **¿Cuándo cometió la posible infracción la empresa reclamada?: (FECHA DE CORTE)** | | | | **/ /** | | | |
| **Número de cliente** | | | |  | | | |
| **¿Cuál es su problema?** Escríbalo con el mayor detalle posible | | | | | | | |
| **Qué tendría que hacer la empresa para que usted considere su problema solucionado?** | | | | | | | |
| **1. Solución principal (la más importante para usted)** | | | | | | | |
| **2. Otra solución** | | | | | | | |
| **¿Se ha comunicado con la empresa por este problema?:** | | | \_\_\_ Sí  \_\_\_No | | | | |
| **Si se ha comunicado, ¿Cómo lo hizo?**  \_\_\_\_ Por teléfono  \_\_\_\_ Por si sitio web  \_\_\_\_ Por redes sociales  \_\_\_\_ Por correo electrónico  \_\_\_\_ Por correo postal  \_\_\_\_ Presencialmente | | | **Si se ha comunicado, ¿Cómo lo hizo?**  \_\_\_\_ No hubo respuesta  \_\_\_\_ Quedaron en contactarse conmigo  \_\_\_\_ Me prometieron una solución, pero no se concretó  \_\_\_\_ Negaron el problema  \_\_\_\_ Me dijeron que reclamara en el SERNAC  \_\_\_\_ Otra | | | | |
| **¿Considera que en los hechos reclamados hubo discriminación arbitraria?**  Por ejemplo, por ser una persona de la tercera edad, inmigrante, tener una discapacidad, vivir lejos de las grandes ciudades, ser mujer, ser LGBTIQ+, no tener muchos recursos económicos, no tener muchos años de educación y/u otros.  \_\_\_ Sí  \_\_\_No  **Si contesta que sí, cuéntenos su experiencia** | | | | | | | |
| **¿Estaría dispuesto(a) a hacer público su caso en algún medio de comunicación?**  Al responder sí, eventualmente podríamos contactarle. | | | | | \_\_\_ Sí  \_\_\_No | | |
| Acepta que el SERNAC envíe sus datos personales a la empresa reclamada y/o a otra institución pública para su gestión.  Al ingresar su Reclamo, usted autoriza que el SERNAC comparta sus datos personales con la empresa reclamada y -si correspondiera- **con otras instituciones del Estado** que puedan dar resolución a su problema. No obstante, dispondrá en todo momento de los derechos de información, rectificación y cancelación de sus datos personales (Ley 19.628).  Al mismo tiempo, autoriza a que la información aquí contenida sea **utilizada para la interposición de un Recurso de Protección** a cargo del área Jurídica asignada por la Municipalidad para tales efectos. | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA | | |
|  | | | | | | | |

[www.sernac.cl](http://www.sernac.cl)   
800 700 100