|  |
| --- |
| Folio de ingreso:Haga clic o pulse aquí para escribir texto.(Asignado por personal de OCP MM) |
| Fecha de folio asignado:       |
| Fecha de la queja o apelación:       |
| Nombre, razón social del Cliente o Parte interesada:       | Correo electrónico:      | Teléfono:      |
| Área responsable:       | Numero de solicitud:       |
| Motivo de la queja o apelación:       |
| Nombre:      Cargo:       | Firma  |
| NOTA: Ninguna queja o apelación es discriminada, la aceptación de la queja o apelación obliga a OCP MM a dar respuesta satisfactoria y de ser necesario aplicar las acciones necesarias. |
| **Para ser requisitado por OCP MM** |
| Procede SI [ ]  NO [ ]  | ¿Por qué?       |
| Plan de acción:       | Folio de plan de acción:       |
| Fecha de implementación y cierre de la queja o apelación:       |
| Resolución y/o finalización:       | Copia a Autoridad [ ] (INDICAR)       |
| Nombre y FirmaRecibió | Nombre y FirmaReviso | Nombre y FirmaAprobó |