|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 Firma  Recibió | | Nombre y Firma  Reviso | | Nombre y Firma  Aprobó | |