**Nombre o Razón Social:**

**RFC:**

|  |
| --- |
| **1.- INFORMACION DEL SERVICIO DE CERTIFICACIÓN** |
| **Número de Solicitud** |  |
| **Fecha de Solicitud** |  |
| **Norma de Referencia** |  |
| **Producto** |  |

|  |
| --- |
| **2.- DATOS DE LA INCONFORMIDAD** |
| Fecha:  | Medio por el cual se realiza la queja o apelación:  |
| Nombre y cargo de quien reporta: |
| **En caso de Apelación** |
| Número de Certificado/Documento emitido:  | **Número factura:**  |

|  |
| --- |
| 3.- Detalle de la Inconformidad |
|  |

|  |
| --- |
| 4.- Personal del OCP que tomo el Reporte (cuando aplique) |
| Nombre:  | Cargo:  | **Firma:**  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal