**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