

	FORMATO DE APELACIONES	Código: MAQ-CA-F-05
		Versión 1 Fecha: 2024-09-02
		Página: 1 de 2

Año	Mes	Día	CONSECUTIVO N°:							
SOLICITUD PRESENTADA POR										
Nombre y Apellidos:			Número de Cédula:							
Dirección:			Teléfono de Residencia:							
Teléfono de Trabajo:	Número de Celular:		Correo Electrónico (1):							
Correo Electrónico (2):	Ciudad:		Departamento:							
EXPLIQUE LOS MOTIVOS DE SU APELACIÓN										
¿Qué le llevo a escribir esta Apelación?										
Fecha: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Día:</td> <td style="width: 33%;">Mes:</td> <td style="width: 33%;">Año:</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Día:	Mes:	Año:				Firma: <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> C.C.	
Día:	Mes:	Año:								

Toda la información es confidencial

Espacio reservado para uso exclusivo de CERTIFMAQ S.A.S.

SEGUIMIENTO	
Responsable del seguimiento:	
Persona y/ o cargo o procedimiento implicado:	
Observaciones:	

	FORMATO DE APELACIONES	Código: MAQ-CA-F-05
		Versión 1 Fecha: 2024-09-02
		Página: 2 de 2

Requiere Acción:				
Acción correctiva	Si	No	No de Acción	
Acción Preventiva	Si	No	No de Acción	
Acción de mejora	Si	No	No de Acción	
DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN:				
Fecha: <i>Año - Mes - Día</i>			Responsable:	

RESPUESTA									
Telefónica:	Si	No	Escrita:	si	No	Fecha:	Año	Mes	Día
Otra:									