

	FORMATO DE APELACIONES	Código: CTM-CA-F-03
		Versión 1 Fecha: 2019-08-16
		Página: 1 de 2

Año	Mes	Día	CONSECUTIVO N°:	
SOLICITUD PRESENTADA POR				
Nombre y Apellidos:			Número de Cedula:	
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:			Firma:	
Día:	Mes:	Año:	_____	
			C.C.	

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: CTM-CA-F-03
		Versión 1 Fecha: 2019-08-16
		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:									