

Núm. Consecutivo Incidencia:	ID Nueva Incidencia:	Cod. Tipo Incidencia:	Nombre Tipo Incidencia:
Descripción Tipo Incidencia:			
Acciones:			
Severidad:	OT:	Desperdicio:	Identificación:
Observaciones:			
Apelación:			
Reportado por:		Fecha y hora de reporte:	