

(FAVOR LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE)

FECHA DE REPORTE:

		-			-				
Día			Mes			Año			

PROCESO AFECTADO:

IDENTIFICACION DEL PRODUCTO NO CONFORME

DESCRIPCION DEL PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME. (Sea lo mas detallado posible.)

NOMBRE DEL QUE REPORTA:

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROCESO:

Firma del que reporta el PNC

Firma del Responsable del Proceso

MANEJO Y DISPOSICIÓN DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME (Debe ser llenado por el responsable de la acción y el responsable del proceso).-

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO:

FECHA COMPROMISO PARA EJECUTAR LA ACCION:

		-			-				
Día			Mes			Año			

Firma del Responsable de la Acción

Firma del Responsable del Proceso

VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO (Solo debe ser llenado por un Representante de calidad)

FECHA DE VERIFICACION DE LA ACCION:

		-			-				
Día			Mes			Año			

El tratamiento fue aplicado en el tiempo establecido?

SI NO

Justificar: