

Código Documental:

FO-GC-11

Versión:

8

Fecha de actualización:

18-Aug-23

Página:

1 de 1

A ser completado por representantes del Dpto. de Calidad en la Gestión

Fecha de levantamiento de acción:

 (dd/mm/aa)

Código de Acción

Nombre del proceso:

Nombre de quien reporta  
(Colaborador(a)/Institución:

Tipo de acción:

No Conformidad Mayor

No Conformidad Menor

Observación

Descripción de la no conformidad / Observación (Incluir detalle de evidencia)

Requisito que se incumple

Fuente de detección

A ser completado por el responsable del proceso reportado

Corrección Inmediata (Sólo aplica en el caso de que la no conformidad pueda ser eliminada de raíz con una corrección previamente analizada y que no requiera de un plan de acción para ser implementada)

	Responsable:		Fecha:	
--	--------------	--	--------	--

Análisis de la causa raíz

Complete los 5 ¿Por qué?. (Si desea utilizar otra herramienta de análisis de causa favor documentar el análisis de causa físico/ digital para entrega al departamento de Calidad en la Gestión)

1. ¿Por qué? :		Favor seleccionar la causa raíz de la lista desplegable. En caso de que el análisis no llegue al 5to "Porqué", colocar "N/A" en las casillas vacías e ir directamente a la fila del 5to "Porqué".
2. ¿Por qué? :		
3. ¿Por qué? :		
4. ¿Por qué? :		
5. ¿Por qué? :		

Descripción de plan de acción (Acciones que responden directamente a la solución de la "Causa Raíz")

No.	Acción	Entregable	Cronograma de ejecución		
			Fecha propuesta (mm/dd/aa)	Fecha de ejecución (dd/mm/aa)	Responsable
1					
2					
3					
4					
5					

A ser completado por representantes del Dpto. de Calidad en la Gestión

Verificación de las acciones

No.	Fecha de seguimiento (mm/dd/aa)	Resultado de seguimiento	Verificado por (Representante del Departamento de Gestión de Calidad):
1			
2			
3			
4			
5			

Verificación de la Implementación

Implementada

No Implementada

Fecha de cierre de implementación:  
(mm/dd/aa)

Verificación de la eficacia

No.	Fecha de seguimiento (dd/mm/aa)	Fecha de cierre (dd/mm/aa)	Amerita otra verificación	
1			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Fecha de cierre de eficacia:  
(mm/dd/aa)



Firma (Responsable del proceso)

Firma (Representante del Dpto. de Calidad)