|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha(1) :** | | | |  | | | | | | | **Folio de Requisición(2):** | | | |  | | | |
| Se detecto la No Conformidad Potencial de la revisión de: (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Queja de |  | Auditoria de | |  | Análisis de |  | Auditoria de |  | Especificaciones de | |  | Otro, |  | |  | |
| Cliente | servicio | | indicadores | Calidad | Calidad no cumplidas | | Especifique |  |

|  |
| --- |
| Descripción (4) **( Que puede fallar u ocurrir )** |

## ANALISIS DE LA CAUSA RAIZ (POR QUE PUEDE FALLAR U OCURRIR)(5):

|  |
| --- |
|  |

## ACCIÓN( QUE HARIAMOS PARA EVITAR QUE FALLE O QUE OCURRA )(6):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acciones (7) | Responsable (8) | Fecha programada (9) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## EVIDENCIAS DE LAS ACCIONES(10):

|  |
| --- |
|  |

## VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS(11): FECHA(12):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Definió la AP(13):** | **Verifico eficacia AP (14)** | **Fecha de Cierre: (15)**  **Nombre y Firma RD:** |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Descripción** |
| 1 | Anotar la fecha en que se requisita (llena) el formato. |
| 2 | Anotar el número consecutivo que se da a la solicitud de la acción preventiva |
| 3 | Marcar con una X en el recuadro correspondiente, la fuente de donde la no conformidad potencial |
| 4 | Anotar en este espacio la descripción detallada lo que puede fallar u ocurrir (la no conformidad potencial). |
| 5 | Anotar por que podría fallar u ocurrir. |
| 6 | Anotar que haríamos para vitar que ocurra |
| 7 | Anotar la(s) accione(s) específicas que haríamos para evitar que ocurra. |
| 8 | Anotar el nombre del responsable de las acciones a implantar. |
| 9 | Anotar la fecha programada puesta para la entrega de la evidencia de la acción realizada. |
| 10 | Anotar lo necesario para considerarse como evidencia de que la(s) acción(es) a implementar eliminará(n) la causa raíz de la no conformidad o corregirá el problema. |
| 11 | Anotar la verificación de las efectividad de las acciones tomadas |
| 12 | Anotar la fecha en que se verificó la efectividad de las acciones tomadas |
| 13 | Anotar el nombre de la(s) persona (s) que definió (eron) la acción correctiva. |
| 14 | Anotar el nombre y firma del subdirector que verifico la eficacia de la(s) acción (es), a realizar. |
| 15 | Anotar nombre y firma del RD del y la fecha de enterado del plan a seguir. |