

PROCESO:					FECHA:	
TIPO DE ACCIÓN	FUENTE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTA ACCIÓN				N°	
MEJORA	<input type="checkbox"/>	Informe de auditoría	Revisión por la Dirección	Encuesta de satisfacción	Otra fuente	
	<input type="checkbox"/>	Salida No Conforme	Resultado de indicadores	Reunión Comité Calidad	¿Cuál?:	
CORRECTIVA	<input type="checkbox"/>	Buzón de QSF	Seguimiento al proceso	Gestión del riesgo		

Existen conformidades similares	SI		NO		
Descripción de la no conformidad anterior:					
Es necesario actualizar	Mapa de riesgos		El SGC		

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD O ASPECTO A MEJORAR
EVIDENCIA

ANÁLISIS DE CAUSAS (Aplica para todas las acciones)

Corrección	Registro	Fecha

Fecha programada	Plan De La Acción Correctiva	Responsable	Control y Seguimiento	
			Evidencia	Verificación
			Fecha	Cumple

Elaborada por:	Revisada por:	Aceptación de la implementación:	SI	NO
Nombre:	Nombre: Felipe Bautista Laguado		Nombre: Elio Andrés Velasco Dávila	

VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LA ACCIÓN IMPLEMENTADA				
ACTIVIDADES REPROGRAMADAS O NUEVAS		CIERRE DE LA ACCIÓN		
FECHA	ACTIVIDAD	¿Es necesario programar otras actividades?		
		¿Se cumplió con las actividades planeadas?		
		¿Se eliminó la causa raíz?		
		¿Se avala el cierre de la acción?		
		Fecha de cierre		Firma:
				Avala el cierre: