

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

Existen conformidades similares	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descripción de la no conformidad anterior:							
Es necesario actualizar	<input type="checkbox"/>	Mapa de riesgos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El SGC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
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		SI	NO
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:	