|  |  |
| --- | --- |
| Evento, Actividad o Auditoría que detectó la no conformidad u oportunidad de mejora: |  |
|  |
| Área / Responsable: |  | Fecha de elaboración: |  |

|  |
| --- |
| Descripción detallada de la no conformidad u oportunidad de mejora: |
|  |
|

Nombre de la persona responsable de establecer las actividades para la acción correctiva:

|  |
| --- |
|  |

Nombre de la persona responsable de verificar el cumplimiento y eficacia de las actividades de la acción correctiva:

|  |
| --- |
|  |

**Se requiere de acción correctiva :** Sí \_\_\_\_ No\_\_\_\_ **Se requiere corrección:** Sí\_\_\_ No\_\_\_ **Folio asignado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Análisis de datos |
| Técnica estadística que se emplea:Causa raíz identificada |

**Plan de acción**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Actividad a realizar** | **Persona(s) asignada** | **Fecha programada** | **Evidencia** | **Observaciones** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

**Seguimiento de la acción correctiva**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Estatus de la Actividad | **Revisión** |  | **Cierre** |
| Fecha | Actividad complementaria | Responsable del seguimiento | Fecha compromiso | Fecha  | Nombre y firma de responsable de la Actividad | Nombre y firma del Titular de Área | Nombre y FirmaDepartamento de Calidad | Nombre y firmaCoordinación SGI |
| Implantada efectiva |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Implantada No efectiva |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Parcialmente Implantada |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| No Implantada |  |  |  |  |  |  |  |  |  |