



**FORMATO PARA ACCIONES  
CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y/O  
DE MEJORA**

CODIGO	VERSION
CM-F-04	1

FECHA: 07/01/2014

No

**FECHA**

**RESPONSABLE**

(Quién detecta la no conformidad)

**PROCESO AFECTADO**

**FUENTE DE LA NO CONFORMIDAD**

NO CONFORMIDADES REPETITIVAS POR NO CONFORMES

INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD

SUGERENCIAS Y PETICIONES

NO EFICACIA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

INCUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE PROCESOS

NO EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN

**NOMBRE DEL CLIENTE O PROV.**

**NIT:**

**DIRECCION**

**CIUDAD**

**TELÉFONO**

**DOC. REF**

**DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD**

**SOLUCIÓN = ACCIÓN INMEDIATA = CORRECCIÓN**

¿SE HA REPETIDO ESTA NO CONFORMIDAD ANTERIORMENTE?

Sí

No

¿REQUIERE TOMAR ACCIONES CORRECTIVAS Y / O PREVENTIVAS?

Sí

No

**ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN DE CAUSAS**

**DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES A IMPLEMENTAR**

**ACCIÓN CORRECTIVA:**

**ACCIÓN PREVENTIVA:**

**MEJORA:**

DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN

FECHA

RESPONSABLE

**VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN**

DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN

FECHA

RESPONSABLE

**FECHA O EVENTO PARA VERIFICAR EFICACIA**

**CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD**

LA ACCIÓN ES EFICAZ

SÍ

NO

¿POR QUÉ?

**OBSERVACIONES**

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

**FECHA DE CIERRE**