**Fecha:**  (1) **Folio de Requisición:**  (2)

**La No Conformidad proviene de:**

(3)

Queja del cliente

Indicador de calidad

Monitoreo de la Satisfacción

Revisión por la Dirección

Auditoria

Otro

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Indicadores de |  | Monitoreo de la |  | Revisión por la |  | Auditoria de |  | Especifique (3) |  |
|  | Calidad no cumplidos |  | Satisfacción del cliente |  | Dirección |  | Calidad |  |  |  |

Buzón de Otro,

Cliente

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipo de Trabajo para la Solución de la No Conformidad** | | | | | |  |
| Nombre: (4) | Puesto que ocupa: (5) | | | Departamento: (6) | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
| **Descripción de la No Conformidad:** (7) | | | | | |  |
| **Análisis de Datos: (8)**  Técnica Estadística Utilizada:      Diagrama de Ishikawa          Causas Raíz Identificadas:  **(9)** | | | | | |  |
| **Plan de Acción:** | | | | | |  |
| **Acciones** | **Responsable** | | **Fecha Programada** | | **Fecha Real** | **Evidencia(s)** |
| (10) | (11) | | (12) | | (13) | (14) |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
| **Criterio de Solución:** (15) | | **Tiempo de Seguimiento:** (16) | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Definió la AC:**  **Nombre y Firma del Emisor:**  (17) | **Aprobó la AC:**  **Nombre y Firma del Subdirector:**  (18) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultados y Conclusiones** | | |
| (19) | | |
| ¿Es eficaz el plan de Acción? Si ( ) No ( ) (20) | |  |  | |
| ¿Se requiere realizar un nuevo Rac? Si ( ) No ( ) | | (21) |  | |
| Al ser la respuesta positiva: Se asigna Folio No. | |  | (22) | |
| Acciones a Seguir: (23) | |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Documentos  Modificados: | Manual ( | ) | Procedimiento () Instructivo de trabajo (  Creación de un nuevo documento ( )  (24) | ) | Formato ( | ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Verificó la eficacia de la AC:**  **Nombre y Firma del Auditor**  (25) | **Cerró AC:**  **Nombre y Firma del Coordinador de calidad**  (26) | **Fecha de Cierre de la AC:**      (27) |

# Instructivo de Llenado

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Descripción** |
| 1 | Anotar la fecha en que se requisita el formato. |
| 2 | Anotar el número consecutivo que se asigna a esta solicitud de Acción Correctiva. |
| 3 | Marcar con una X y/o sombrear en el recuadro correspondiente la fuente de donde proviene la No Conformidad potencial por lo que se solicita la Acción Correctiva. |
| 4 | Nombres de los integrantes del equipo de la solución de la No Conformidad. |
| 5 | Puestos en el que se encuentran los integrantes de la solución de la No Conformidad. |
| 6 | Departamento al que pertenecen los integrantes de la solución de la No Conformidad. |
| 7 | Redactar la descripción de la No Conformidad. |
| 8 | Anotará las técnicas estadísticas que utilizó para realizar el análisis de las causas raíz, puede ser (lluvia de ideas, diagrama de Pareto, histograma, diagrama de pescado, etc.) |
| 9 | Describir las causas raíz identificadas. |
| 10 | Anotar las acciones específicas que deben realizarse para eliminar en forma permanente las causas raíz. |
| 11 | Anotar los nombres de los responsables de las acciones a implementar. |
| 12 | Anotar la fecha programada para entregar la evidencia de la acción programada. |
| 13 | Anota la fecha real de la entrega de las evidencias. |
| 14 | Anotar lo necesario para considerarse como evidencia de que las acciones se implementaron. |
| 15 | Anotar el criterio que mostrará que la acción correctiva eliminó las causas raíz. |
| 16 | Establecer el periodo de tiempo en el cual se verificará si las acciones implantadas fueron eficaces comparándose el resultado del periodo con el criterio de solución. |
| 17 | Anotar el nombre y la firma de quien define la Acción Correctiva |
| 18 | Anotar el nombre y la firma del Subdirector que aprueba la Acción Correctiva. |
| 19 | Anotar los resultados y conclusiones de las acciones implementadas |
| 20 | Señalar si el plan de acción es eficaz por el Subdirector respectivo y el responsable del procedimiento |
| 21 | Indicar la necesidad de volver a realizar el Rac por el Subdirector respectivo y por el responsable del procedimiento |
| 22 | El Coordinador de calidad asignará el Folio del Rac |
| 23 | Se escribirán las acciones a seguir con el fin de realizar el nuevo Rac |
| 24 | Indicar si algún documento se modificó al realizar el Rac |
| 25 | Nombre de quien verifica la eficacia de la AC |
| 26 | Nombre y firma del Coordinador de calidad al cerrar la AC |
| 27 | Escribir fecha de cierre de la AC |

Nota: La segunda hoja de la Requisición de Acciones Correctivas deberá imprimirse hasta comprobar la efectividad.