**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.