



# Facultad de Odontología

## REPORTE DE ACCIONES

TIPO DE ACCIÓN: Marque con una "X"

De Corrección	Correctiva	Preventiva
---------------	------------	------------

No. de Control: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hallazgo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

El Ciclo Deming



CAUSA RAÍZ:	
MÉTODO DE ANÁLISIS:	
ACCIÓN	
FECHA DE TERMINACIÓN:	
RESULTADO DE LA ACCIÓN	
RESPONSABLE	
APROBÓ: _____	
NOMBRE	FIRMA
SEGUIMIENTO DE LA ACCION TOMADA "ES EFECTIVA"	
ACCIÓN IMPLANTADA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 15 DIAS <input type="checkbox"/> 30 DIAS <input type="checkbox"/> 45 DIAS
COMENTARIOS:	
VERIFICADA POR:	FIRMA:
FECHA:	