



Facultad de Odontología

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA

No. Fuente	Causa/Origen de la Mejora	Área Impactada	Descripción de la Acción de Mejora	Inversión ó presupuesto estimado	Fecha de Inicio	Fecha de Termino	Responsable	A V A N C E				
								20%	40%	60%	80%	100%

FUENTES DEL PROGRAMA	
1	Insatisfacción del Cliente
2	Queja del Cliente
3	Auditoria Interna (No conformidad)
4	Auditoria de Certificación/Seguimiento (Externa)
5	Ineficiencia ó Proceso Incapaz
6	Junta de Revisión Gerencial u Orden Directa
7	Estudios/Otros _____

NOTAS: