



REPORTE DE ACCIONES

Área o Departamento que solicita la acción:		Fecha de detección:	Folio:
Fuente:	Servicio / Proceso Auditoría Objetivo / Indicador Recomendación / Queja del Usuario Proveedor	Observación Directa: Otros:	Tipo: Correctiva Preventiva Mejora
Descripción del Hallazgo:			
Descripción de la Causa Raíz Real o Potencial / Método utilizado para determinarla:			
Acción global para la corrección del hallazgo en caso de no conformidades:			
Plan de Acción para eliminar la Causa Raíz Real o Potencial			
Descripción de las acciones correctivas	Responsable de implementarla	Fecha	
		Inicio	Término
Comentarios de la verificación y su implementación (deberá anexar los documentos o comentarios que le ofrezcan evidencias de los resultados de la acción):			
Nombre y firma del responsable de la verificación del Plan de Acción:		Fecha de Verificación:	
El Plan de Acción fue eficaz: Si No		Comentarios sobre la eficacia de las acciones:	
Nombre y firma del responsable del cierre del Plan de Acción:		Fecha de Cierre:	

NOTA: Las acciones pueden ser cerradas por el Representante de la Dirección o por los Jefes de Departamento.