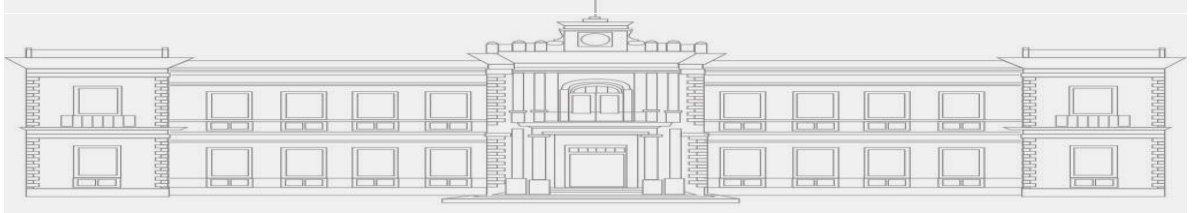




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

REPORTE DE ACCIONES



Área o Departamento que solicita la acción:	Fecha de detección:	Folio:
---	---------------------	--------

Fuente:	Servicio / Proceso	Observación Directa:	Tpo:	Correctiva
	Auditoría	Interna Núm:		Preventiva
		Externa Núm:		Mejora
	Objetivo / Indicador			
	Recomendación / Queja del Usuario			
	Proveedor			

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.

Fecha de Revisión: 01/03/2015 No. de Revisión: 0 FOR 8.5 ISO 01
