



Instituto Nacional de Pediatría

SOLICITUD DE ACCIÓN

Tipo de acción requerida: Correctiva Preventiva De mejora No.: _____

Detectado Por:	Puesto:	Fecha de Emisión:
Jefe Inmediato:		

Fuente de la No Conformidad, Acción Correctiva o de Mejora

Proceso Auditoria Interna Quejas o sugerencia del cliente
Producto / Servicio Auditoria Externa Revisión del SGC por la Dirección

Otro (especifique): _____

Área a la que aplica: _____

Proceso: _____

Descripción del Problema, Acción Preventiva o de Mejora

--

Comentarios u Observaciones

--

Fecha de Autorización del Representante de la Dirección: _____

Motivos de la no procedencia (Representante de la Dirección)

--

Responsable de la Acción:

Nombre	Puesto

Personal involucrado

Nombre	Puesto

Firma y fecha de recibido:

--

Determinación de la causa raíz (acciones correctivas o preventivas) o beneficios (acciones de mejora)

Indique tipo de análisis de causas utilizado (anexar evidencia):

Acción Contenedora Temporal (En caso de ser necesario, solo para acciones correctivas)

No.	Actividades específicas	Responsable	Fecha Compromiso

Seguimiento

Act. No.	Fecha	Resultados del seguimiento	Realizó el seguimiento

Validó la efectividad de la acción al cierre

	Nombre	Firma	Fecha
Representante de la Dirección o Líder Auditor:			
Responsable del Seguimiento:			
Responsable de la Acción:			