|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descripción y tratamiento del Producto y/o Servicio No conforme** | | | | |
| **Producto y/o Servicio No conforme detectado por: Nombre del funcionario que lo detecta** | | | | |
| **Descripción del Producto y/o Servicio No conforme:** | | | | |
| **Tratamiento del Producto y/o Servicio No conforme** | | | | |
| **Descripción del tratamiento:** | | | | |
| **Fecha del tratamiento:** | | | **Responsable:** | |
| **Seguimiento al Tratamiento del Producto/Servicio No Conforme** | | | | |
| **Fecha de verificación** | **Responsable** | **Resultado** | | **Observaciones** |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **Requiere tomar una acción: Correctiva Preventiva Mejora** | | | | |

|  |
| --- |
| **Nombre del Proceso:** |
| **Fecha de identificación del Producto**  **y/o Servicio No conforme:** |