|  |
| --- |
| **HOJA: 1 DE 1** |
| **FECHA DE SOLICITUD** | **SERVICIO NO CONFORME** | **ACCIÓN DE TRATAMIENTO** | **RESPONSABLE** | **FIRMA DEL VERIFICADOR DE LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN** | **FECHA DE CIERRE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Elaboró:** | **Autorizó:**  |
| **Puesto** | DIRECTORA DE PLANEACIÓN Y VINCULACIÓN Y RD del SGI | DIRECTORA GENERAL Y PRESIDENTA DEL COMITÉ DE CALIDAD |
| Fecha | 15 DE JUNIO DE 2018 | 15 DE JUNIO DE 2018 |
| **Nombre****Firma** | Ing. Imelda Pérez Espinoza | Ing. María Angélica Bravo Cadena |

**Instructivo de llenado del Formato F-CA-27**

1.- Registrar la fecha en la que se solicita el servicio no conforme

2.- Colocar nombre y una breve descripción del servicio no conforme identificado

3.- Describir la(s) acción(es) que se realizará(an) para atender el servicio no conforme

4.- Escribir el nombre del responsable de ejecutar la(s) acción(es) de tratamiento

5.-Firma del verificador de la efectividad de la acción (Auditor asignado para dar seguimiento a las acciones)

6.-Colocar la fecha en la que se dio cierre a las acciones que se programaron para el tratamiento del servicio no conforme.