CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME

UNIDAD / DEPARTAMENTO:

FECHA:

PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME:

☐ COMPRADO ☐ DURANTE EL PROCESO

☐ RECLAMO ☐ MATERIALES / EQUIPOS ☐ FINAL DEL PROCESO

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO:

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD:

DISPOSICIÓN: ☐ REPROCESO ☐ RECHAZO ☐ DEVOLVER AL PROVEEDOR ☐ COMUNICAR AL CLIENTE

☐ OTRO: _____

RECOMENDACIONES U OBSERVACIONES:

ELABORADO POR:	**APROBADO POR:**	**FECHA DE APROBACIÓN**
NOMBRE Y APELLIDO _____	NOMBRE Y APELLIDO _____	/ /
FIRMA _____	FIRMA _____	

Instructivo

OBJETIVO: Será empleado por las diferentes unidades responsables que recibirá el servicio no conforme por parte del cliente interno o externo.

ELABORACIÓN POR: Ha sido elaborado por la Dirección de Sistema de Gestión.

UNIDAD / DEPARTAMENTO: Dependencia quien recibe el servicio no conforme.

FECHA: Indicar la fecha en que se recibió el servicio no conforme por parte del cliente interno o externo.

PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME: Indicar con una equis “X” la opción correspondiente de acuerdo al servicio.

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO: Breve descripción del Producto o Servicio.

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD: Breve descripción de la no conformidad declarada por el cliente interno o externo.

DISPOSICIÓN: Indicar la opción a tomar para eliminar la no conformidad declarada.

RECOMENDACIONES U OBSERVACIONES: En caso tal que se realice alguna recomendación u observación se deberá indicar.

ELABORADO POR: Nombre, Apellido y Firma del Funcionario que elaboró el documento.

APROBADO POR: Nombre, Apellido y Firma de la máxima autoridad o supervisor inmediato de la dependencia que recibe la no conformidad.

FECHA DE APROBACIÓN: Indicar la fecha de aprobación del documento.