

Tipo:		Folio:	
Descripción de la No conformidad			
Reporta	Responsable de Coordinar	Responsable de atención	
Nombre:	Nombre:	Nombre:	
Fecha:	Fecha:	Fecha:	
Cargo:	Cargo:	Cargo:	
Firma: _____	Firma: _____	Firma: _____	
Corrección			
Requiere de atención mediante acción correctiva:			
Responsable de atención			
Fecha en la que responde		Fecha compromiso para dar cierre	
Firma: _____			
Responsable de verificación			
Fecha en la que verifica:		Resultado:	
Nombre:		Cargo:	
Firma: _____			