Municipalidad de Malvinas Argentinas
Dirección de Habilitaciones

NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA

F: 42

Fecha…...	**N°:**

Fuente:

Auditoría interna	**Reclamo de Cliente**	**Revisión por la Dirección**	**NC PG.D.006**	**NC identificadas implementación SGC**
Auditoria externa	**Incumplimiento de objetivos**			

Descripción de la No Conformidad: ……..
……

Identificó: ……..…… Firma: ……

Requisito de la norma afectado: .....

¿Requiere Acción Correctiva?: | **SI** | **NO** |

Observaciones: .....

Firma Responsable de la decisión: …….....Aclaración: …….....

Descripción de la acción inmediata para resolver la No Conformidad: .....
…….....
.....

Plazo estipulado: .....

Firma Responsable Implementación: …….....…..... Aclaración: …….....

Identificación de las causas de la No Conformidad:

Análisis de las Causas: ……..... …….....
……
……...…….....

Firma del responsable del análisis: ……..... Aclaración: …….....……

Acción Correctiva propuesta:

Descripción.....
.....
.....
Plazo estipulado: Inicio: …/…/….. Final: …/…/…

Firma del responsable de implementarla: ……..... Aclaración: …….....

V: 00 E: AU 19/11/10

Verificación de la Implementación:

Fecha: …/…/…

Se realizó de acuerdo a lo propuesto en forma:

Aceptable	No Aceptable

Observaciones:…….

Firma del responsable de la verificación: ……..... Aclaración: …….....……

Verificación de la Eficacia:

Fecha prevista para la verificación de Eficacia: …/…/…

Método de Verificación de Eficacia:

☐ Auditoria

☐ Repetición de la No Conformidad

☐ Otro ……..

Verificación de la Eficacia: Fecha: …/…/…

Aceptable	**No Aceptable**

Observaciones:…….....……

Firma del responsable de la verificación: ……..... Aclaración: …….....……