

INFORME DE NO CONFORMIDAD		-INC-N° /	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reclamación	Servicios	Sistema	Auditoria
1.- DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD (*) En relación a la preparación de de productos de acabado			
FECHA DETECCION:(*)	NOMBRE:(*)	FIRMA:(*)	
2.- CAUSA			
3.- ACCIONES INMEDIATAS (*)			
4.- ____ NO CONFORMIDAD PREVENTIVAS		____ SOLO ACCIONES	
5.- ACCIONES CORRECTORAS O PREVENTIVAS			
ACCIONES	FIRMA RESP.	F.FIN PREV. F.FIN REAL	

6.- OBSERVACIONES

FECHA CIERRE

FIRMA RESP. CALIDAD