



CIFP CERDEÑO

## HOJA DE SUGERENCIAS

NÚMERO: \_\_\_\_/\_\_\_\_

PARTE DE NO CONFORMIDAD, ACCIÓN CORRECTIVA Y PREVENTIVA

### ORIGEN, DESCRIPCIÓN Y CAUSAS

**FECHA:**

**Detectada por:** Indique su Nombre y dos Apellidos

**Detectada en:** Indique el lugar donde se produce (Secretaría, Conserjería, aula, etc.)

#### ORIGEN (A RELLENAR POR CIFP CERDEÑO)

Inspecciones/ Recepción     Procesos     Reclamaciones     Grupo de Interés   
Sistema de Gestión     Auditorías:    Interna     Externa

**DESCRIPCIÓN:** INDIQUE QUÉ ES LO QUE ESTABA HACIENDO

**CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD:** INDIQUE QUÉ PROBLEMA SE ENCONTRÓ

**INDIQUE, SI LO CONSIDERA OPORTUNO, QUE PROPONE PARA SOLUCIONARLO O QUÉ SOLUCIÓN ADOPTÓ USTED:**

Firma:



**CIFP CERDEÑO**

# HOJA DE SUGERENCIAS

NÚMERO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PARTE DE NO CONFORMIDAD, ACCIÓN CORRECTIVA Y PREVENTIVA

## A CUMPLIMENTAR EXCLUSIVAMENTE POR CIFP CERDEÑO

**TRATAMIENTO ESTABLECIDO O SOLUCIÓN ADOPTADA DESDE EL CIFP DE LA CAUSA DE NO CONFORMIDAD**

**RESULTADO OBTENIDO:** FECHA DE VALORACIÓN DEL RESULTADO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_

**CIERRE verificado por:**

Fecha: \_\_\_\_ . Firma: \_\_\_\_\_

SI, Comprobada Eficacia del Tratamiento

No, Necesario nuevo Tratamiento Parte N° .....

**¿Necesita Acción Correctiva o Preventiva?:**  NO

SI, Acción Correctiva  SI, Acción Preventiva

**ACCIÓN CORRECTIVA**

**ACCIÓN PREVENTIVA**

ACCIÓN TOMADA:

Fecha de comienzo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_ .. Plazo total de ejecución previsto:

Responsable implantación: (Nombre y puesto que ocupa)

Firma: \_\_\_\_\_

## SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LA ACCIÓN TOMADA

**SEGUIMIENTO:**

Fechas	Seguimiento

**CIERRE :**

SI, Comprobada Eficacia  No, Acción Correctiva N°

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_