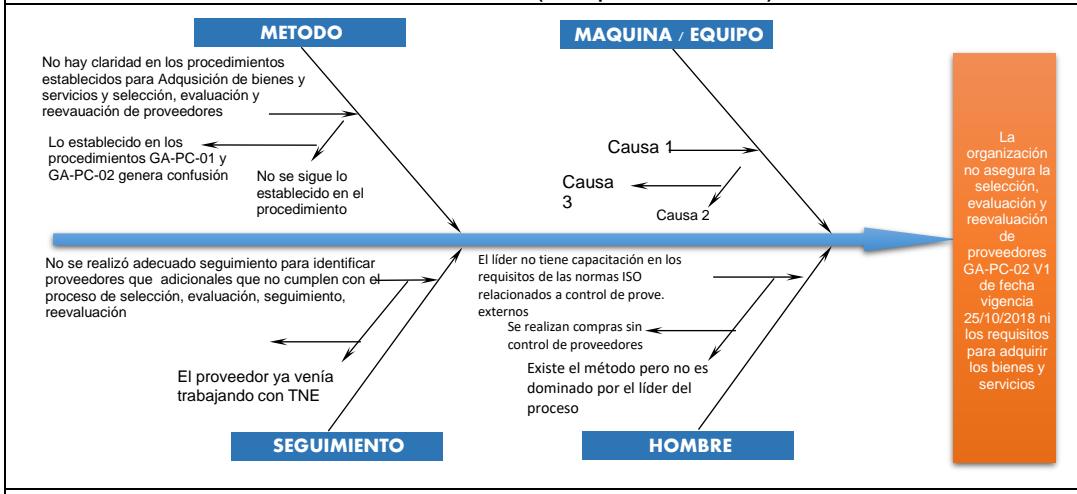


TIPO DE ACCION:	CORRECTIVA <input checked="" type="checkbox"/>	PREVENTIVA <input type="checkbox"/>	MEJORA <input type="checkbox"/>
SERVICIO NO CONFORME	<input type="checkbox"/>	PQRS <input type="checkbox"/>	OTRA _____
PROCESO:	FECHA: _____		
REPORTADO POR:	CARGO: _____		
FUENTES			
AUDITORIAS <input type="checkbox"/>	SERVICIO NO CONFORME <input type="checkbox"/>	PQRS <input type="checkbox"/>	OTRO _____

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA REAL Y/ O POTENCIAL

2. ANÁLISIS DE CAUSAS (Descripción de las causas)



3. PLAN DE ACCION

No.	ACCIONES A TOMAR	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

4. SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACION

No.	RESULTADOS OBTENIDOS	FECHA	VERIFICO
1			
2			

5. REVISION DE LA EFICACIA DEL PLAN DE ACCION

Conclusiones:	
RESPONSABLE DEL CIERRE: _____	CARGO: _____
FIRMA: _____	FECHA: _____
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES DE MEJORA: _____	

Revisó	Aprobó
Coordinador HSEQ	Gerente

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción del Cambio
1	25/01/2018	Emisión del Documento