



Registro de Servicios No Conforme

Fecha:	Nombre:
Servicio:	Cantidad:
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:	
ACCIONES INMEDIATAS:  Nombre: .....	
RESULTADO DEL TRATAMIENTO	
<input type="checkbox"/>	Se ha tomado acción correctiva / preventiva Nro. ....
<input type="checkbox"/>	Por el momento no se toman acciones. Decidido por:..... Fecha: .....
	Motivo.....
<input type="checkbox"/>	Verificar la repetición del problema hasta el:.....
<input type="checkbox"/>	Tratar el tema con:..... hasta el día:.....
<input type="checkbox"/>	Resultado verificación / tratamiento:.....

Fecha:	Nombre:
Servicio:	Cantidad:
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:	
ACCIONES INMEDIATAS:  Nombre: .....	
RESULTADO DEL TRATAMIENTO	
<input type="checkbox"/>	Se ha tomado acción correctiva / preventiva Nro. ....
<input type="checkbox"/>	Por el momento no se toman acciones. Decidido por:..... Fecha: .....
	Motivo.....
<input type="checkbox"/>	Verificar la repetición del problema hasta el:.....
<input type="checkbox"/>	Tratar el tema con:..... hasta el día:.....
<input type="checkbox"/>	Resultado verificación / tratamiento:.....