|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ORGANIZACIÓN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha: | | | | | |
| NÚMERO DE AUDITORÍA: | | | | | | | TIPO DE AUDITORÍA: | | | | | | | | | | | | | | NC / Folio: | | | | | |
| AUDITOR/A O PERSONA QUE DETECTA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Clasificación: | | | | | |
| REPRESENTANTE DEL SGI: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Mayor** | | | |  | |
| AREA/DEPTO/FUNCIÓN AUDITADA O REVISADA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Menor | | | |  | |
| NORMA/ELEMENTO/OTRA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | OM / Observación | | | |  | |
| **¿Quién detecta?** | | Auditor/a | |  | Personal de ASIPONA y API | | |  | | Parte Interesada | | | | | |  | Acción Inmediata | | | |  | Acción Correctiva | | |  | |
| **Impacta en…** | | | | | **Descripción de la No Conformidad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SGI | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cumplimiento de Requisitos Legales | | |  | |
| Proceso | | |  | |
| Control de los Riesgos Significativos | | |  | |
| Control de Aspecto Ambiental Significativo | | |  | |
| Satisfacción del (la) Cliente(a) | | |  | |
| FIRMA DEL/LA AUDITOR/A O QUIEN DETECTE EL HALLAZGO | | | | | | | | | | | | | FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE DEL SGI | | | | | | | | | | | | | |
| **Acciones Inmediatas** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Investigación de las Causas** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Acciones a realizar para la eliminación de las Causas** | Acciones a realizar | | | | | ¿Cuándo Empieza? | | | ¿Cuándo termina? | | | | | Responsables(s) | | | | | | Firma | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| Firma de validación de acciones por el Titular de la Unidad Administrativa: | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Evaluación** | **Las acciones eliminaron….** | | | | | La no conformidad? | | | | | | | | | | | | | Las causas de la no conformidad? | | | | | | | | |
| Si | | | | | | No | | | | | | | Si | | | | | No | | | |
| En caso de no haber eliminado la no conformidad o las causas de las mismas indique las nuevas acciones, si las acciones tomadas eliminaron la no conformidad y las causas de las mismas, cierre la presente acción. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Acciones adicionales a realizar para la eliminación de las causas** | Acciones a realizar | | | | | ¿Cuándo Empieza? | | | ¿Cuándo termina? | | | | | | Responsable(s) | | | | | | Firma | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| Firma de validación de acciones por el Titular de la Unidad Administrativa: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Evaluación** | **Las acciones eliminaron…** | | | | | La no conformidad? | | | | | | | | | | | | Las causas de la no conformidad? | | | | | | | | | |
| Si | | | | | No | | | | | | | Si | | | | | No | | | | |
| **Cierre** | Auditor/a que verificó la efectividad | | | | | | | | | | | | | Representante del SGI | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Firma | | | | | | | | | | | | | Nombre y firma | | | | | | | | | | | |

**NOTA 1:** En caso de que este formato no se derive de auditorías, deberá de llevar la leyenda NA (No Aplica) en los apartados de: “Número de auditoria” y “Tipo de auditoria”.

**NOTA 2**: El seguimiento de las acciones se dará mediante el formato de “Estado de acciones correctivas” ASPN-SM-SGI-F-19.