|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Centro / Dirección Nacional** | | | | **Zona** | | **Fechas de la evaluación** | | | | | | **Categoría y Nro.** |
| **ESPACIO PARA LA DETS** |  | | | |  | |  | | | | | |  |
| **Semestre** | | | | **# de la Visita** | | | | | **Fecha de presentación** | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | |
| ***Requisito*** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ***Evidencias*** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ***Descripción del hallazgo*** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **ESPACIO A LLENAR POR EL CENTRO / DIRECCIÓN NACIONAL** | ***APLICA CORRECCIÓN***  SI | |  |  | | NO | |  |  | | | | |
| ***Detalle de la corrección realizada*** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Responsable: | | | | | | **Día:**  **Mes:**  **Año:** | | | | | | |
| ***IDENTIFICACIÓN DE LA CAUSA RAÍZ (Aplicar metodología de los 5 porque o la que el centro crea conveniente)*** | | | | | | | | | | | | |
| *En el caso de escoger otra metodología detallar en este espacio o como anexo.*    Pregunta 1: Detallar pregunta 1  Detallar respuesta a pregunta 1  Pregunta 2: Detallar pregunta 2  Detallar respuesta a pregunta 2  Pregunta 3: Detallar pregunta 3  Detallar respuesta a pregunta 3  Pregunta 4: Detallar pregunta 4  Detallar respuesta a pregunta 4  Pregunta 5: Detallar pregunta 5  Detallar respuesta a pregunta 5  **Causa Raíz: Detallar causa raíz** | | | | | | | | | | | | |
| Responsable: Detallar nombre del responsable | | | | | | **Día:**  **Mes:**  **Año:** | | | | | | |
| ***ACCIÓN CORRECTIVA (PLAN DE ACCIÓN)*** | | | | | | | | | | | | |
| **Detalle General de la acción correctiva** | | | | | | | | | | | | |
| Detallar Plan de Acción | | | | | | **Fecha de revisión (DETS)** | | | | | **Aceptada**  **(DETS)** | **Observaciones (DETS)** |
| **Nro.** | **Actividades** | | **Medio de verificación** | | **Resp.** | | **Fecha**  **Inicio** | | | **Fecha Fin** |  | |
|  | Detallar actividades, con medio de verificación, responsable y fechas de inicio y fin de las mismas | |  | |  | |  | | |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |
| Responsable: | | | | | | Detallar nombre del responsable | | | | | | |
|  | **SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN (DETS):** | | | | | | | | | | | | |
| **ESPACIO PARA LA DETS** | Satisfactorio: SI \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ Fecha:  ¿Adjunta documentación de apoyo? SI \_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_\_\_  Comentarios: | | | | | | | | | | | | |
| **VERIFICACIÓN DE EFICACIA (DETS):** | | | | | | | | | | | | |
| ¿La acción correctiva fue eficaz?: **SI \_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_\_**  Fecha cierre:  Comentarios: | | | | | | | | | | | | |
| **Comentarios Generales (DETS)** | | | | | | | | | | | | |