



## Información inicial (a llenar por el solicitante)

Nombre de solicitante:	<input type="text"/>	Fecha:	<input type="text"/>
Puesto:	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
Nombre del proceso:	<input type="text"/>	N° referencia	<input type="text"/>

## Origen de la SAM:

<input type="checkbox"/> Resultados de Auditorías	<input type="checkbox"/> Reclamo o sugerencia del Cliente	<input type="checkbox"/> Análisis de Riesgos	<input type="checkbox"/> Revisión de AIA	<input type="checkbox"/> Resultados de Incidentes
<input type="checkbox"/> Observación del personal	<input type="checkbox"/> Reclamo o sugerencia del Proveedor	<input type="checkbox"/> Análisis de Datos	<input type="checkbox"/> Revisión de IPERC	<input type="checkbox"/> Resultados de Inspección
<input type="checkbox"/> Salida no Conforme	<input type="checkbox"/> Reclamo o sugerencia de otro Grupo de Interés	<input type="checkbox"/> Revisión por la Dirección	<input type="checkbox"/> Evaluación de Requisitos	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)

## Norma(s) Asociada(s) al hallazgo:

Descripción de la no conformidad (NC) /oportunidad de mejora (OM) :

--

## Análisis de causas y acciones a tomar (a llenar por Grupo Funcional de Procesos y Control de Gestión)

Identificación y análisis de la causa (Aplica para Acciones Correctivas)

--

Fecha de análisis:

Dueño del Proceso

## Acciones

Acción Inmediata o Corrección

--

Acción Correctiva

Actividades	Responsable	Plazo	Estado	Evidencia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Responsable del Seguimiento:

Fecha de Cierre Propuesta:

Requiere modificación AIA/IPERC  SI  NORequiere modificar análisis de riesgos  SI  NOSe cumplieron las acciones propuestas  SI  NO

## Verificación de la eficacia del plan de acción (a llenar por Grupo Funcional de Procesos y Control de Gestión)

Fecha : Responsable: Evaluación:  EFECTIVA NO EFECTIVA

NOTA: Si no es efectiva apertura otra SAM y coloque la referencia N° de SAM

Cierre de SAM

 SI NO