

 <b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> <small>SECCIONAL BUCARAMANGA</small>		<b>IDENTIFICACIÓN Y DISPOSICIÓN DEL PRODUCTO NO CONFORME</b>	
FECHA: Enero de 2010	VERSIÓN: 1	CÓDIGO: FO-506-031	PÁGINA: 1 DE 1

### 1. Identificación del Producto No Conforme

Fuente: ☐ Verificación del Producto Final Fecha de Identificación:  
☐ Queja del Cliente  
☐ Verificación al Recibo de Insumos  
☐ Verificación en Proceso

Fecha de identificación: \_\_\_\_\_

<b>Nombre y puesto de quien identifica el Producto No Conforme:</b>

<b>Proceso y/o procedimiento afectado:</b>

<b>Responsable del Proceso a quien se le genera el Producto No Conforme:</b>

<b>Descripción del Problema (análisis de la causa que lo generó):</b>

<b>Grado de Afectación:</b> Leve: <input type="checkbox"/> Moderado: <input type="checkbox"/> Grave: <input type="checkbox"/>
<b>Por qué?</b>

<b>Acciones que se sugieren para corregir el Producto No Conforme:</b>

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de quien  
Identifica el Producto No  
Conforme

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
Responsable del proceso

<b>REVISÓ</b> <b>Cargo:</b>	<b>ABPROBÓ</b> <b>Cargo:</b>
--------------------------------	---------------------------------

Cualquier impresión o copia tomada de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

## 2. Exclusivo Coordinación de Calidad (momento de la identificación)

¿Se continúa con el trámite del PNC?

Firma de recepción (Coordinación de Calidad)

## 3. Disposición del Producto No Conforme

- |  |                                    |                                      |  |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Liberación            | <input type="checkbox"/> Concesión | <input type="checkbox"/> Corrección: | <input type="checkbox"/> Reproceso       |
| <input type="checkbox"/> Permiso de desviación | <input type="checkbox"/> Desechar  |                                      | <input type="checkbox"/> Reparación      |
|  |                                    |                                      | <input type="checkbox"/> Reclasificación |

Causa que lo originó:

--

Responsable de la Disposición: (Seguimiento)

--

Acción (es) a realizar:

--

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del  
Coordinador de Calidad

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del  
Responsable del Proceso

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de  
autorización del Jefe de  
Departamento

## 4. Exclusivo Comité de Calidad (momento de liberación de la Disposición)

Firma de autorización (Coordinación de Calidad)

Fecha de recepción

Estado:      Abierto \_\_\_\_\_  
                  Cerrado \_\_\_\_\_

## 5. Exclusivo área de Calidad (momento del cierre de la acción)

Firma del Coordinador de Calidad

Nombre y firma del Jefe de Departamento