

Número de Folio	
-----------------	--

Fecha	Municipio	Región
Persona que reporta		Cargo y Firma
Presidenta o Directora del Sistema DIF Municipal		Firma

Descripción de la inconformidad						
Producto en mal estado o rechazado al proveedor						
Fecha de recepción	Número de factura	Fecha de caducidad	Número de lote			
1.-						
2.-						
3.-						
Nombre del producto	a	b	c	d	e	Causas del rechazo ( distintas )
1.-						
2.-						
3.-						
a) En mal estado (color, olor o sabor) b) Empaque roto, maltratado o dañado c) Con residuos diversos (Hongos, excremento, etc) d) Pesos incompletos o cantidad menor e) Otros					Observaciones:	

Productos faltantes				
Fecha de recepción	Total			Observaciones
Nombre del producto faltante	Facturados	Recibidos	Faltantes	

Datos a llenar por el Sistema DIF estatal	
Comentarios de Aseguramiento de la Calidad	
Fecha, nombre y firma de quien recibe por parte del departamento de Aseguramiento de la Calidad	

Seguimiento	
-------------	--

**CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO AL REVERSO**

No.	Concepto	Espacio para anotar
1	Numero de Folio	Numero consecutivo que le asigna el Depto. de Aseguramiento de la Calidad. DIF Jal.
2	Fecha	Día, mes y año en que se realizó el reporte
3	Municipio	Nombre del municipio al que le corresponde el Sistema DIF que realiza el reporte.
4	Región	Número de la región al que pertenece el municipio
5	Persona que reporta	Nombre de la persona que efectúa el reporte
6	Cargo y firma	Nombramiento y firma de la persona que realiza el reporte
7	Presidenta o Directora del Sistema DIF Municipal	Nombre de la Presidenta o Director del DIF que efectúa el reporte.
8	Firma	Firma de Presidenta o Director del DIF que efectúa el reporte.

#### PRODUCTO EN MAL ESTADO O RECHAZADO AL PROVEEDOR

9	Fecha de recepción	Día, mes y año de la fecha en que el DIF Municipal recibió los productos alimenticios por parte del proveedor.
10	Número de factura	Número de la factura a la que corresponde los productos detectados o rechazados en mal estado al proveedor.
11	Fecha de caducidad	Día, mes y año que señalan los artículos como fecha en que estos caducan.
12	Numero de lote	Número de lote señalado en el producto referido.
13	Nombre del producto	Señalar si se trata de leche, galleta, palanquetas, arroz, frijol, harina, etc de productos en mal estado o rechazados.
14	Anomalías	Tachar o marcar con una "X" en el recuadro correspondiente (a,b,c,d,e) a las anomalías que presentan los productos tomando en cuenta la lista de incisos sugerida en el recuadro inferior.
15	Causas del rechazo	Especificar las razones por las que rechazaron dichos productos al proveedor.
16	Observaciones	Anotar aquellos comentarios que consideren importantes para el complemento de la información proporcionada al respecto.

#### PRODUCTOS FALTANTES

17	Fecha de recepción	Día, mes y año de la fecha en que el DIF Municipal recibió los productos alimenticios por parte del proveedor
18	Numero de factura	Número de la factura a la que corresponden los productos faltantes detectados
19	Nombre del producto faltante	Señalar si se trata de leche, galleta, palanqueta, arroz, frijol, harina, etc de producto faltante.
20	Total facturados	Señalar el numero total de producto que señala la factura para ser entregado
21	Total recibidos	Señalar la cantidad exacta en unidades de producto que recibió del proveedor
22	Total faltantes	Señalar el numero total de producto que hicieron falta entregar por parte del proveedor y están señalados en la factura.
23	Observaciones	Anotar aquellos comentarios que consideren importantes para el complemento de la información proporcionada al respecto.

#### DATOS A LLENAR POR EL DIF ESTATAL

24	Comentarios de Aseguramiento de la C	Observaciones realizadas por el departamento de Aseguramiento de la Calidad en torno a los productos referidos.
25	Fecha, nombre y firma	Especificar el día, mes y año, así como el nombre y la firma de la persona del departamento de Aseguramiento de la Calidad que recibió el reporte.
26	Seguimiento	Observaciones del seguimiento y solución que realice el almacén. general o el departamento de Aseguramiento de la Calidad según sea el caso.

#### CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO

Debe ser llenado a máquina o a letra de molde.

Debe presentarse en original al departamento de Aseguramiento de la Calidad en cuanto sea posible. (Lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs.)

El tiempo de respuesta será de 10 días hábiles a partir de la fecha de recepción ; esto siempre y cuando el formato este llenado de manera correcta e incluya todos los datos requeridos; de no ser así el departamento le comunicará al municipio que la inconformidad no procede.

La recepción de la inconformidad no implica o establece la autorización favorable de la inconformidad.

Reverso