



ETIQUETAS DE VALOR Y CALIDAD S.A. DE C.V.

FO-CCA-04

Versión: 02

Fecha de emisión: 30/08/2024

Fecha de Vigencia: 30/08/2026

Fecha de Revisión: 30/08/2026

VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CAMBIO

Fecha de elaboración: _____

No. de Solicitud: _____

INFORMACIÓN GENERAL DEL CAMBIO

Área o Departamento: _____

Responsable del Cambio: _____

Nombre del cambio: _____

Tipo de Cambio:

☐

Documental

☐

Equipos e Instrumentos

☐

Infraestructura

Estado inicial del documento y/o operación

Estado implementado del documento y/o operación

VERIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE ACTIVIDADES

VERIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD DE ACCIONES DEL ANÁLISIS DE RIESGO

El cambio requirió análisis de riesgos:

☐

Si

☐

No

* En caso positivo, por favor evaluar la efectividad de las acciones establecidas en el análisis de riesgos.

No.	Nombre de la actividad	Fecha de Verificación	Implementación es efectiva		Observaciones
			<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No	

Por favor, inserte o elimine tantas filas como sea necesario

La mitigación de los riesgos es efectiva :

☐

Si

☐

No

Por favor, explique el o los motivos de la decisión.



ETIQUETAS DE VALOR Y CALIDAD S.A. DE C.V.

FO-CCA-04

Versión: 02

VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CAMBIO

Fecha de emisión: 30/08/2024

Fecha de Vigencia: 30/08/2026

Fecha de Revisión: 30/08/2026

Fecha de elaboración: _____

No. de Solicitud: _____

VERIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE ACTIVIDADES

VERIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD DE ACCIONES PARA IMPLEMENTAR EL CAMBIO

No.	Nombre de la actividad	Fecha de Verificación	Implementación es efectiva		Observaciones
			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Por favor, inserte o elimine tantas filas como sea necesario

La implementación del cambio es efectiva : ☐ Si ☐ No

Por favor, explique el o los motivos de la decisión.

DICTAMEN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CAMBIO

CONCLUSIÓN GENERAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CAMBIO

Elaboró

Revisó

Aprobó

Autorizó

Gerente de Calidad

Director de Procesos

Director de Operaciones

Director General