|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| A | Nombre y Apellido:  Director/Titular: | |
| CC: | Nombre y Apellido:  Jefe de la dependencia | |
| De: | Nombre y Apellido:  Director SP | |
| Asunto: |  | |
| Fecha de evaluación: |  | |
| Conformación del Equipo: | Nombre y Apellido  1.  2.  3.  4.  5. | Rol en el equipo Auditor  1.  2.  3.  4.  5. |
| Aprobación del equipo  Si no se cuenta con objeción de la conformación del equipo, aprobar dicha conformación y remitir al DSGC. | Nombre y Apellido | Firma |
| Observación: | | |
| Fecha de Aprobación del equipo: | | |