|  |
| --- |
|  |
| 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 Apellido1. 2.3.4.5. | Rol en el equipo Auditor1.2.3.4.5. |
| 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: |