1. *C: Conformidad - N.C: No Conformidad- O.M: Oportunidad de Mejoras-OBS: Observación*

|  |
| --- |
|  Fecha: |
| Auditoría Nro.:  |  | Equipo Auditor:  |
| Dirección:  | Departamento/Área: |
| Proceso/s auditado/s:  |  |
| Alcance:  |  |
| **Nro** | **Requisitos / Norma** | **Clasificación de los Hallazgos (1)** | **Evidencias Observadas** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |