|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Departamento/área/proceso:** (1) | **Responsable del área:** (2) | **Auditor (a):** (3) | **Fecha:** (4) |
| **Requisito (s):**  | Documento (s):  |
| (5) | (6) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Requisito**  | Verificar | I - NM - S | OBSERVACIONES |
| (7) | (8) | (9) | (10) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **ELABORÓ** | **APROBÓ** |
| PUESTO | JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA Y CALIDAD | DIRECTORA DE PLANEACIÓN Y VINCULACIÓN Y RD DEL SGI |
| FECHA | 15 DE JUNIO DE 2018 | 15 DE JUNIO DE 2018 |
| NOMBRE Y FIRMA | MTRA. GABRIELA QUINTANAR QUINTANAR | MTRA. IMELDA PÉREZ ESPINOZA |
|

1. Anotar el departamento/área/proceso que se va a auditar
2. Anotar el nombre del (la) responsable del área
3. Anotar el nombre de (la) auditor (a)
4. Anotar la fecha de auditoría
5. Anotar el (los) requisito (s) a verificar
6. Anotar el (los) documentos a verificar
7. Anotar el requisito que se va a auditar de manera independiente
8. Anotar la evidencia a verificar
9. Anotar el estatus de la evidencia
10. Anotar las observaciones de la revisión