

No.	Nombre del Proveedor u Organismo Auditor	Fecha de Recepción Auditoría		Equipo Auditor		Fecha de Envío de Evidencias	Estatus de Auditoría	Se recibió Respuesta oficial	Fecha de Cierre Oficial	Observaciones
		Programada	Real	Nombre	Posición					
								<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		
								<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		
								<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		
								<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, insertar o eliminar tanta filas como considere necesario.

Elaboró

Revisó

Aprobó

Nombre y Posición

Firma y Fecha

Elaboró

Nombre y Posición

Firma y Fecha

Revisó

Nombre y Posición

Firma y Fecha

Aprobó