|  |
| --- |
| OBJETIVO: |
| CRITERIO: |
| ALCANCE: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PROCESO | REQUSITO DE LA NORMA | FECHA | LIDER DEL PROCESO | AUDITOR |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| LUGAR DE LA AUDITORÍA: |

**FIRMA DEL AUDITOR**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA COPASST** (Cuando sea Auditoria de SST): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_