Facultad de Odontología

REPORTE DE NO CONFORMIDAD

Puesto Auditado		Secretario de Área	Folio:
Fecha		Elemento Norma	Auditor Interno
Menor	Mayor	Código y nombre de procedimiento	Auditor Líder

HALLAZGO (EVIDENCIA):

REFERENCIA: REQUISITO INTERNO ☐ REQUISITO DE LA NORMA ☐

RESPONSABLE

APROBÓ:

NOMBRE FIRMA

REPORTE DE SEGUIMIENTO (para ser llenado por el auditor)

Acción implantada	Si	No	Efectiva	Si	No	

Comentarios del seguimiento:

Nombre y firma del Auditor:	Fecha de cierre No Conformidad:

Fecha de Revisión: 15/08/2011
No. de Revisión: 0
FOR 8.2 ISO 01