Facultad de Odontología

LISTA DE VERIFICACION DE AUDITORIA

Fecha: _____

Facultad: _____

Área Auditada: _____

Nombre del Auditor:

Cláusulas	4.1	4.2.1	4.2.2	4.2.3	4.2.4	5.1	5.2	5.3	5.4.1	5.4.2	5.5.1	5.5.2	5.5.3	5.6.1	5.6.2	5.6.3	6.1	6.2.1	6.2.2	6.3	6.4	7.1	7.2.1	7.2.2	**7.2.3**	**7.3.1**
Aplica																										

Cláusulas	**7.3.2**	**7.3.3**	**7.3.4**	**7.3.5**	**7.3.6**	**7.3.7**	**7.4.1**	**7.4.2**	**7.4.3**	**7.5.1**	**7.5.2**	**7.5.3**	**7.5.4**	**7.5.5**	**7.6**	**8.1**	**8.2.1**	**8.2.2**	**8.2.3**	**8.2.4**	**8.3**	**8.4**	**8.5.1**	**8.5.2**	**8.5.3**	
Aplica																										

PROCESO ELEMENTO DE LA NORMA	R E V I S I O N	HALLAZGO	
Cláusula		Conforme	No Conforme

Nota: La cantidad de información puede ampliar el formato y las páginas a utilizar de acuerdo al número de hallazgos encontrados.

_____ AUDITOR LIDER

_____ REP. DE LA DIRECCIÓN