PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS

AÑO:

Nro.audit.	Proceso / Actividad	Auditores	Alcance propuesto	Semana del mes:												Informe (SI / NO)
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Responsable de Calidad:	**Lista de Distribución:**