

F 17/01/04 Rev.0	IMUSA		Hoja de
AUDITORÍA N°	Registro de No Conformidades de Auditoría		AUDITADO Departamento
Descripción de la No Conformidad (Auditor)			
Acción Correctora a implantar o Tratamiento (Auditado)			
Responsable de la implantación: Nombre _____			
Plazo de ejecución: _____			
IMPLANTACIÓN (Responsable) Nombre: Firma: Fecha:	CIERRE (Auditado) Nombre: Firma: Fecha:	CONFORME (Auditor) Nombre: Firma: Fecha:	