

4. INFORME TÉCNICO

A ser llenado por la Unidad Administrativa afectada

Requiere Acciones Si No SAC/SAM/SD N° _____

Observaciones: _____

Informe realizado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____

5. EVALUACION DEL INFORME TÉCNICO

A ser llenado por el Comité de Gestión de Calidad (CGC)

Informe Técnico Aprobado Si No Firma: _____ Fecha: _____

Observaciones: _____

Original: Comité de Gestión de Calidad (CGC)
Copia: Cliente