Formato de Lista de Verificación Código F_22 Revisión 02 Fecha 18.05.23	Coordinación de Planeación para el Desarrollo del Estado de Michoacán de Ocampo GOBIERNO DE MICHOACÁN

Número de Auditoría: _____ **Fecha: __ __ / __ __ / __ __ __ __**

Área a Auditar: _____

Requisito a Auditar: _____

Elaboró: _____ **Revisó:** _____

(Auditor(a)/nombre y firma) **(Auditor(a)/nombre y firma)**

PREGUNTAS DE UDITORÍA			
Referencia (respecto a la norma)	**Pregunta**	**Observaciones**	**Hallazgo** **C: Cumple** **NC: No Conformidad** **O: Observaciones**