NOMBRE DEL IT:	
ÁREA AUDITADA :	
RESPONSABLE DEL ÁREA :	
FECHA :	**No. DE ENCUESTADOS:**

RESULTADOS

No.	CALIFICACION					
	No. de encuestas por escala de calificación					Promedio
	1	2	3	4	5	

GRÁFICO

DIAGNÓSTICO

RECOMENDACIONES

ATENTAMENTE

Vo. Bo.

AUDITOR LIDER

RD