



## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 25 de mayo de 2026.

**VISTOS:** El Informe N° 593-2026-DIRESA-HRM-03 emitido el 05 de mayo de 2026, por la Jefatura de Oficina de Planeamiento Estratégico, Informe N° 073-2026-DIRESA-HRM/03-RAC emitido el 04 de mayo de 2026 por la Responsable del Área de Racionalización, Informe N° 222-2026-DIRESA-HRM/05 emitido el 27 de abril de 2026 por la Unidad de Gestión de la Calidad, Informe N° 016-2026-DIRESA-HRM/05-JCCHL-MC emitido el 23 de abril de 2026 por Personal de Salud de la UGC, Informe N° 058-2026-DIRESA-HRM/19 emitido el 28 de enero de 2026 por el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Informe N° 024-2026-DIRESA-HRM/19-19.1 emitido el 27 de enero de 2026 por el Servicio de Laboratorio, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante la Ley 29783 ley de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Artículo 43, respecto a Auditorías del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, señala: El empleador realiza auditorías periódicas a fin de comprobar si el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo ha sido aplicado y es adecuado y eficaz para la prevención de riesgos laborales y la seguridad y salud de los trabajadores. La auditoría se realiza por auditores independientes. En la consulta sobre la selección del auditor y en todas las fases de la auditoría, incluido el análisis de los resultados de la misma, se requiere la participación de los trabajadores y de sus representantes.

Que, con Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA se aprueba la NTS N° 072-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica", la misma que tiene por objetivo establecer los criterios para la organización y el funcionamiento de la UPS de Patología Clínica, de los servicios de salud públicos y privados para una adecuada gestión en la misma; asimismo, define a la UPS de Patología Clínica, como un servicio médico de apoyo, encargado de diseñar, organizar, dirigir y realizar acciones de apoyo al diagnóstico y tratamiento, brindando asesoría médica especializada para identificar, prevenir y evaluar cambios en el estado de salud, mediante pruebas de laboratorio clínico y acciones de medicina de laboratorio y medicina transfusional. Esta UPS puede brindar servicios dentro de un establecimiento de salud, en forma independiente o dentro de una red;

Que, mediante la Norma NTP-ISO 15189-2014, se establece los requisitos para la calidad y particular competencia de los laboratorios clínicos; esta puede ser utilizada por los laboratorios clínicos en el desarrollo de sus sistemas de gestión de la calidad y en la evaluación de su propia competencia;

Que, los servicios de laboratorios clínicos son esenciales para el cuidado del paciente y, por lo tanto, deben estar disponibles para satisfacer las necesidades de todos los pacientes y del personal clínico responsable del cuidado de estos pacientes;



## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 25 de mayo de 2026.

Que, mediante Resolución Ejecutiva Directoral N°308-2023-DIRESA-HRM/DE, se aprobó la Directiva N°01-2023-HRM-UGC, Lineamientos para la elaboración de Guías Técnicas de Procedimiento Asistenciales, Manuales Operativos e Instructivos del Trabajo Asistenciales del Hospital Regional de Moquegua;

Que, a través de Informe N° 024-2026-DIRESA-HRM/19-19.1, de fecha 27 de enero de 2026, el Servicio de Patología Laboratorio, eleva ante el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, el documento denominado "MANUAL OPERATIVO DE AUDITORÍAS Y CONTROL DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE LABORATORIO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA AÑO 2026, para su revisión y aprobación con Resolución Ejecutiva Directoral;

Que, el "Manual Operativo de Auditorías y Control de Gestión en el Servicio de Laboratorio- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital Regional de Moquegua año 2026" tiene como objetivo general.

- Evaluar la eficacia de los procesos, garantizar el cumplimiento de políticas y normativas, y mejorar la gestión financiera y operativa.
- Asegurar el cumplimiento normativo, optimizar la eficacia operativa y añadir valor, ayudando a la alta dirección a identificar áreas de mejora antes de auditorías externas.
- Planificar, implementar y mantener el programa de auditorías internas para la revisión de los procesos del Sistema de Gestión, en el cumplimiento de la normativa.

Que, con Informe N° 058-2026-DIRES-HRM/19 de fecha de recepción 28 de enero de 2026, el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, remite el "MANUAL OPERATIVO DE AUDITORÍAS Y CONTROL DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE LABORATORIO- 2026" a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, para su aprobación;

Que, con Informe N° 222-2026-DIRESA-HRM/05, de fecha 27 de abril de 2026, la Unidad de Gestión de Calidad, otorga el visto bueno al "Manual Operativo de Auditorías y Control de Gestión en el Servicio de Laboratorio- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital Regional de Moquegua año 2026", en concordancia con el Informe N° 016-2026-DIRESA-HRM/05-JCCHL-MC del Personal de Salud de la UGC, emite opinión favorable al Manual en mención, e indica que se continúe con el trámite para su aprobación;

Que, mediante Informe N° 073-2026-DIRESA-HRM/03-RAC, de fecha 17 de mayo de 2026, la responsable del Área de Racionalización, evalúa la propuesta y emite opinión técnica favorable en lo que corresponde a la estructura del "Manual Operativo de Auditorías y Control de Gestión en el Servicio de Laboratorio- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital Regional de Moquegua", y recomienda continuar con el trámite respectivo hasta su aprobación;

Que, a través de Informe N° 593-2026-DIRESA-HRM-03, de fecha de recepción 05 de mayo de 2026, la Oficina de Planeamiento Estratégico, otorga visto bueno al "Manual Operativo de Auditorías y Control de Gestión en el Servicio de Laboratorio- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital Regional de Moquegua" y requiere a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, aprobarlo mediante acto resolutivo; motivo por el cual a través de proveído de fecha de recepción 08 de mayo 2026, la Dirección Ejecutiva, solicita a la Oficina de Asesoría Legal, la proyección del acto administrativo correspondiente;

Contando con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, la Unidad de Gestión de la Calidad, el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica y con el proveído de Dirección Ejecutiva.

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones





## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 25 de mayo de 2026.

(R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM;

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR** el “MANUAL OPERATIVO DE AUDITORÍAS Y CONTROL DE GESTIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA”, el cual consta de cuatro (04) folios y forma parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2°.- ENCARGAR** a la Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica / Servicio de Patológica Clínica, la difusión, monitoreo y evaluación del manual aprobado con la presente resolución.

**Artículo 3°.- REMÍTASE** copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua ([www.hospitalmoquegua.gob.pe](http://www.hospitalmoquegua.gob.pe)).


**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**



RJVP/DIRECCIÓN  
JCMH/AAL  
(01) O. ADMINISTRACION  
(01) O. PLANEAMIENTO  
(01) DPTO. PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA  
(01) SERVICIO DE LABORATORIO  
(01) U.G.C  
(01) ESTADÍSTICA  
(01) ARCHIVO



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

  
M.E. RONALD J. VARGAS PALACIOS  
CMP. 21861 - RNE 11627  
DIRECTOR EJECUTIVO (e)

**MANUAL OPERATIVO:  
AUDITORIAS Y CONTROL DE GESTION**

<b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> <input type="text" value="001-2026-HRM-D.PCyAP-SL"/>	<b>DENOMINACION:</b> MANUAL OPERATIVO DE AUDITORIAS Y CONTROL DE GESTION EN EL SERVICIO DE LABORATORIO – DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA.
<b>TIPO DE DOCUMENTO</b> <input type="text" value="MANUAL OPERATIVO - MO"/>	
<b>FECHA</b> <input type="text" value="02.02.2026"/>	
<b>REEMPLAZA A:</b> Ninguna	<b>ELABORADA POR:</b> Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Servicio de Laboratorio

**I. INTRODUCCION**

Las auditorías internas son procesos independientes, objetivos y sistemáticos que es llevado a cabo por personal interno o contratado para evaluar y mejorar el control, la gestión de riesgos y la gobernanza de una organización. Así mismo ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

**II. FINALIDAD**

Asegurar el cumplimiento normativo, optimizar la eficiencia operativa, y proporcionar asesoramiento para mejorar el desempeño.

**III. OBJETIVOS**

- Evaluar la eficacia de los procesos, garantizar el cumplimiento de políticas y normativas, y mejorar la gestión financiera y operativa.
- Asegurar el cumplimiento normativo, optimizar la eficiencia operativa y añadir valor, ayudando a la alta dirección a identificar áreas de mejora antes de auditorías externas.
- Planificar, implementar y mantener el programa de auditorías internas para la revisión de los procesos del Sistema de Gestión, en el cumplimiento de la normatividad.

**IV. AMBITO DE APLICACION**



Evaluación objetiva de todos los procesos, controles internos y gestión de riesgos del servicio de laboratorio del Hospital Regional de Moquegua.

## V. BASE LEGAL

- Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- D.S. N° 005-2012-TR, Reglamento de la Ley 29783.
- Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos, 9.2 Auditoría Interna.
- R.E.D. Nro 225-2023-DIRESA-HRM/DE. Manual de calidad.
- R.E.D. Nro 351-2010-DRSM-DG. Manual de organización y funciones.
- O.R. Nro 07-2017-CR/GRM. Reglamento de organización y funciones.
- R.E.D. Nro 311-2021-DIRESA-HRM/DE. Manual de procedimientos.
- R.E.D. Nro 203-2025-DIRESA-HRM/DE. Proyecto de implementación de áreas funcionales en el Servicio de laboratorio.

## VI. CONTENIDO

### PLANIFICACION DE LA AUDITORIA INTERNA:

1. Se establece la metodología para la realización de las auditorías internas.
2. Se convoca a los colaboradores de otras Areas del laboratorio clínico, contratados bajo cualquier modalidad, cuyo interés voluntario permita su formación, actualización y participación en los ejercicios y actividades derivadas de la auditoría interna para la revisión de procesos.
3. Conformar los grupos de auditores internos para la auditoria de procesos, teniendo en cuenta que los servidores no revisen su propio trabajo.
4. Elabora el "Programa de Auditoria Internas", según anexo 02, el cual debe contener como mínimo: frecuencia de auditorías, fechas aproximadas de la realización de las auditorías a cada uno de los procesos, criterios de auditorías, método de auditoría, responsabilidades. El programa debe tener en cuenta resultados de auditorías previas.
5. La Oficina de Calidad aprueba el Programa anual de auditorías internas para la revisión de procesos.
6. Además, socializa el Programa de auditorías internas a los grupos de auditores internos y los líderes de los procesos.
7. Finalmente, se establece las preguntas orientadoras para el desarrollo de las auditorías internas y comunica al equipo auditor.
8. El auditor interno diligencia la lista de verificación para auditoría interna en la revisión de procesos con las preguntas orientadoras, de tal manera que se cubran los requerimientos legales y normativos según lo asignado en el plan de auditoria para la revisión de procesos.



## DESARROLLO DE LA AUDITORIA INTERNA

El auditor interno líder y auditores internos realiza las siguientes actividades:

- Realiza reunión de apertura a la revisión, en la cual se confirma con las partes el Plan de auditoría para la revisión, según anexo 01, presentación del equipo auditor, confirmación de reunión de cierre y método a utilizar.
- El personal de turno (personal auditado) atiende el desarrollo de la auditoría interna y suministra la información y evidencias pertinentes.
- Registra los resultados y la evidencia soporte en la lista de verificación. Se conserva la confidencialidad de los clientes.
- Los auditores internos informan los resultados de la auditoría al líder del proceso.
- El auditor líder consigna en el formato de Auditoría interna los resultados, oportunidades de mejora y fortalezas.
- Además, realiza la reunión de cierre con el líder del proceso para informar los resultados y firmar el informe.  
NOTA: en caso de existir observaciones del líder del proceso frente a los resultados se acudirá a la segunda instancia ejercida por la Oficina de Calidad del Hospital Regional de Moquegua.
- También, elabora el informe de auditoría interna. Finalmente, archiva los informes y reportes de las auditorías internas.

### TRATAMIENTO DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA:

1. El jefe de Laboratorio define y registra las acciones correspondientes para el tratamiento de los resultados de la revisión, dentro de los 30 días hábiles siguientes e involucra al personal correspondiente.
2. Además, realiza seguimiento y registra el resultado de las actividades planteadas en el tratamiento de los resultados de la revisión.
3. Por último, consolida resultados de la evaluación y realiza la socialización respectiva.

## VII. RESPONSABILIDADES

- Auditor líder y/o auditores internos.
- Jefe o Encargado del Servicio de Laboratorio del Hospital Regional de Moquegua-HRM- (auditor líder).
- Personal del Área de trabajo programado según Horario de trabajo (auditores internos).

## VIII. BIBLIOGRAFIA

1. NTP-ISO 15189:2023. Laboratorios médicos, sobre requisitos particulares para la calidad y competencia. INACAL. Peru.
2. Manual de bioseguridad en laboratorios de ensayo, biomédicos y clínicos. Elaborado por el INS 3era edición. Lima Ministerio de salud. INS. 2005.
3. ISO 15189. Medical laboratories – Requirements for quality and competence. ISO, Geneva, 2012.
4. NTS Nro 072-MINSA/DGSP. Versión 01. Unidad productora de servicios de Patología Clínica. 2008

IX. ANEXOS

ANEXO 01 - PLAN DE AUDITORIA INTERNA

Nro Auditoria		Fecha de inicio		Fecha final	
---------------	--	-----------------	--	-------------	--

<b>OBJETIVO</b>	Verificar si el sistema de gestión del laboratorio clínico del Hospital Regional de Moquegua se encuentra implementado y cumple los requisitos de la normatividad vigente.		
<b>ALCANCE</b>	La auditoría cubrirá los siguientes métodos de laboratorio aplicado a:		
	Nro	Ensayo	Método de ensayo
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
<b>CALENDARIO</b>	Ver Anexo ( con aviso previo de 1 semana antes de la apertura)		
<b>Tipo de Auditoria</b>	INTERNA o ADICIONAL		
<b>CRITERIOS</b>	NTS Nro 072-MINSA/DGSP. Versión 01. 2008. NTP-ISO/IEC 15189 versión 2023 (opcional). Directrices y reglamentos del INACAL-DA relacionados a laboratorios de ensayo. Documentación y registros del sistema de gestión del laboratorio clínico asociados al alcance de la auditoria.		
<b>METODOS</b>			
<b>RECURSOS</b>	Líder Auditor (Medico Patólogo Clínico), 02 Auditores Internos (Licenciado Tecnólogo Medico y/o biólogo)		
<b>CONFIDENCIALIDAD</b>	La información recolectada será entregada únicamente a Jefatura del laboratorio.		
<b>SEGURIDAD</b>	Estará terminantemente prohibido la toma de fotos digitales.		

**EQUIPO AUDITOR**

Auditor Líder *Nombres y Apellidos* Siglas:  
 Auditor Interno *Nombres y Apellidos* Siglas:



Fecha	Hora	Criterios de auditoria	Proceso	Auditado	Auditor
		NTP-ISO/IEC 15189:2023 (opcional) NTS Nro 072-MINSA/DGSP.V.01. 2008.			
DIA 1					
Reunión de apertura					
		Auditoria de métodos de ensayo: <i>(digitar numerales)</i>		Responsables de actividades	
Almuerzo					
		Auditoria de métodos de ensayo: <i>(digitar numerales)</i>		Responsables de actividades	
Retroalimentación al auditado					
Fin de primer día					

		DIA 2		
		Auditoria de métodos de ensayo: <i>(digitar numerales)</i>		Responsables de actividades
		Almuerzo		
		Auditoria de métodos de ensayo: <i>(digitar numerales)</i>		Responsables de actividades
		Retroalimentación al auditado		
		Fin de segundo día		
		DIA _____		
		Reunión de apertura		
		Auditoria de métodos de ensayo: <i>(digitar numerales)</i>		Responsables de actividades
		Almuerzo		
		Auditoria de métodos de ensayo: <i>(digitar numerales)</i>		Responsables de actividades
		Retroalimentación al auditado		
		Fin de _____ día		
		Reunión del equipo auditor		
		Reunión de cierre		
		Fin de la auditoria		

**AVISOS IMPORTANTES:**

1. La Reunión de Apertura y Cierre serán en la Jefatura del laboratorio del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
2. Las Areas (Procesos) de Soporte se auditan en las respectivas Oficinas.
3. Reunión de retroalimentación de Auditores Internos será el *(Fecha y Hora)* horas en Auditorio del Hospital Regional de Moquegua.
4. La fecha de entrega de Informe de Auditoría será el *(fecha y Hora)*.



**ANEXO 02 - PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA**

<b>OBJETIVO</b>	Verificar el cumplimiento de requisitos de la Norma Técnica Peruana NTS Nro 072-MINSA/DGSP. Versión 01. 2008. NTP-ISO/IEC 15189 versión 2023 (opcional).
<b>ALCANCE</b>	Procesos estratégicos, procesos operativos y procesos de soporte del Laboratorio del Hospital Regional de Moquegua.
<b>CALENDARIO</b>	Ver Anexo ( con aviso previo de 1 semana antes de la apertura)
<b>Tipo de Auditoria</b>	INTERNA
<b>CRITERIOS</b>	NTS Nro 072-MINSA/DGSP. Versión 01. 2008. NTP-ISO/IEC 15189 versión 2023 (opcional).
<b>METODOS</b>	Entrevista verbal, inspección física, evaluación documentaria y de campo
<b>RECURSOS</b>	Líder Auditor, 02 Auditores Internos ( Se especificarán en agenda -plan- de auditoria )
<b>CONFIDENCIALIDAD</b>	La información recolectada será entregada únicamente a Jefatura del DPCyAP o representante de Dirección ejecutiva.
<b>SEGURIDAD</b>	Estará terminantemente prohibido la toma de fotos digitales.

**LABORATORIO CLINICO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y A-P**

<b>PROCESOS</b>		<b>ISO/IEC 15189 version 2023</b>
<b>PROCESOS ESTRATEGICOS</b>	Dirección	Dirección ejecutiva
	Auditorias	DPCYAP – Área de Calidad del Laboratorio Clínico del DPCYAP
	Muestreo	Laboratorio clínico
	Resultados	Laboratorio clínico
	Laboratorio de ensayo	Laboratorio clínico
<b>PROCESOS DE SOPORTE(APOYO)</b>	Transporte de muestras	Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios Generales
	Tecnología de información	Oficina de Soporte Informático
	Recursos Humanos	Oficina de Personal
	Compras	Oficina de Logística
	Almacén	Oficina de Logística
	Mantenimiento	Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios Generales
	Atención al cliente	Laboratorio clínico Oficina de Relaciones Institucionales

**NOTAS:**

1. Las Areas o Procesos se programan para ser auditados al menos una vez por año.
2. En el caso de las Areas o Procesos que muestren debilidades en la auditoria inmediata anterior podrá programarse y realizarse otra Auditoría Interna adicional.
3. En cualquier Auditoría Interna que se realice no se debe dejar de revisar los requisitos: Auditorías Internas, Revisión por la dirección y Acciones Correctivas.



ANEXO 03 - FORMATO DE AUDITORIA INTERNA

DATOS GENERALES	
Hospital Especializado	HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
Dirección	Av. Simón Bolívar s/n
Sede	Sede Principal
Alta Dirección	
Fechas de Auditoría	
Tipo de Auditoría	INTERNA
Auditor Líder	
Audidores Internos	
Experto Técnico	
Norma de Referencia	NTS Nro 072-MINSA/DGSP. Versión 01. 2008. NTP-ISO/IEC 15189 versión 2023 (opcional).
OBJETIVO	Verificar el cumplimiento de requisitos de la Norma Técnica Peruana NTS Nro 072-MINSA/DGSP. Versión 01. 2008. NTP-ISO/IEC 15189 versión 2023 (opcional).
ALCANCE	Procesos estratégicos, procesos operativos y procesos de soporte del Hospital Regional de Moquegua.
Criterios de Auditoría	NTS Nro 072-MINSA/DGSP. Versión 01. 2008, documentación en general del Sistema de Gestión del Laboratorio clínico.
PROCESOS AUDITADOS	Procesos estratégicos, procesos operativos y procesos de soporte del Servicio de Laboratorio del Hospital.
Plan de Auditoría	
	SATISFACTORIO/ INSATISFACTORIO
Otras referencias	
Opiniones divergentes entre auditado y auditores	No/Sí hay
Recomendaciones para la mejora	No/Sí hay
Resumen de Resultados	
No conformidades	
Observaciones	
No aplica (NA)/Exclusión	

PERSONAL AUDITADO	Ver Lista de Verificación NTS 072-MINSA/DGSP.V01. 2008
NOTA: El personal auditado solo es una muestra representativa de los procesos de la organización.	

DESCRIPCION DE LAS NO CONFORMIDADES

El equipo de Auditoría condujo una auditoría basada en enfoque de procesos. Los métodos de auditoría utilizados fueron entrevistas, observaciones de actividades y revisión de registros.

Numero/Numeral de Requisito	Descripción del Criterio/Hallazgo



