



# ACTA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

<b>Tipo:</b>		<b>Periodo a Revisar:</b>		<b>No.:</b>	
				<b>Fecha:</b>	

REGISTRO DE ASISTENCIA		
Nombre	Área	Firma

EVALUACIONES GENERALES					
Concepto	Parámetro	Resultado	Ponderación		
			AD	NM	NA

Ponderación:      AD – Adecuado                      NM – Necesita Mejora                      NA – Necesita Adecuación

CONVENIENCIA DEL SGC

EFICACIA		
Indicador de Proceso	Meta (%)	Resultado (%)
Promedio:		

ADECUACIONES		
Compromiso	Responsable	Fecha

CONCLUSIÓN

ACUERDOS