

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Fecha de elaboración: 25/10/09
 Fecha de última revisión: 07/06/18
 Periodo de retención: S+2
 Página 1 de 8

No. DE CONTROL: FO-SG-014 REVISIÓN: 11

SERVICIO REQUERIDO (marque con un "X"):		Fecha de solicitud:		dd/mm/aaaa	
Norma en la que desea certificar:	<input type="checkbox"/> ISO 9001:2015. <input type="checkbox"/> ISO 14001:2015. <input type="checkbox"/> BS OHSAS 18001:2007. <input type="checkbox"/> ISO 45001:2018. Otro (Especifique): _____				
Alcance de la certificación	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Con acreditación ema _____. (Uso de logotipo *ema / **IAF) </div> <div style="width: 45%;"> Sin acreditación ema _____. (Sin logotipo *ema / **IAF) </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">*ema Entidad Mexicana de Acreditación. **IAF International Accreditation Forum</p>				
Pre-auditoría:	Sin texto	Transferencia de la certificación acreditada por otro organismo de certificación:	Sin texto		
Certificación inicial:		Ampliación del alcance de certificación:			
Vigilancia:		Actualización de la certificación:			
Recertificación:		Monitoreo:			
Otro:	Especifique: _____.				
DATOS DE LA EMPRESA:					
Nombre de la empresa:					
RFC:		Código postal:			
Actividad Principal:					
Sector:					
Turnos de trabajo:		Horario(s) de trabajo:			
Total de empleados en la organización:		Número de empleados operativos:			
País:		Estado/municipio:			
Dirección:					
E-mail:		Página Web:			
Especifique el impacto ambiental involucrado en la operación, en caso de desear certificarse bajo la norma ISO 14001:2015.					
NOMBRE Y CARGO DE LOS INTEGRANTES DE LA ALTA DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:					
Representante legal de la organización:					
Puesto en la organización:					
Correo electrónico:					
Teléfono:		Numero de extensión:			

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Fecha de elaboración: 25/10/09
 Fecha de última revisión: 07/06/18
 Periodo de retención: S+2
 Página 2 de 8

No. DE CONTROL: FO-SG-014 REVISIÓN: 11

Representante técnico de la organización o representante de la dirección			
Puesto en la organización:			
Correo electrónico:			
Teléfono		Numero de extensión:	

DATOS DE LA CERTIFICACIÓN:			
Alcance de la certificación <i>(Enliste los procesos que desea certificar):</i>	1		5
	2		6
	3		7
	4		8
Exclusiones: <i>(Aquellas cláusulas de la norma que no le aplican a su sistema de gestión)</i>			
Procesos críticos de la organización: <i>(Aquellos procesos sustantivos y/o clave)</i>			
Requisitos legales aplicables a la empresa: <i>(P.ej., NOM, NMX, STPS, etc.)</i>			
Procesos externos utilizados por la organización: <i>(Procesos sub-contratados, outsourcing)</i>	1		6
	2		7
	3		8
	4		9
	5		10
Fecha_(s) propuesta(s) para recibir el servicio de certificación:	Opción 1: dd/mm/aaaa		Opción 2: dd/mm/aaaa
CONSULTORIA RECIBIDA:			
¿Ha recibido consultoría en el sistema de gestión que desea certificar?:	SI _____ No _____		
Nombre de la organización que otorgó la consultoría:		Fecha en que terminó la consultoría:	dd/mm/aaaa

SITIOS MULTIPLES DE CERTIFICACIÓN:			
Número de establecimientos:		¿Cada uno de los sitios de la organización tiene una relación legal o contractual con la oficina central?	Si_____ No_____
¿Ofrece los mismos servicios o produce los mismos productos en todas las sucursales?	Si_____ No_____	¿Especifique cuantas diferentes líneas de producción o servicios diferentes ofrece la organización?	
¿Cuenta con sitios temporales que requiera certificar?	Si_____ No_____	Especifique cuantos:	

UBICACIONES GEOGRAFICAS (En caso de organizaciones con matriz que deseen certificar a sus sucursales, deberá agregar los datos de cada una de ellas)

Nombre organización 2:			
Calle		Número:	
Colonia:		Código postal:	
Ciudad		Estado:	
Responsable de la organización 2:		Puesto:	
Teléfono:		Extensión telefónica:	
Especifique el impacto ambiental involucrado en la operación, en caso de desear certificarse bajo la norma ISO 14001:2015 .			

UBICACIONES GEOGRAFICAS (En caso de organizaciones con matriz que deseen certificar a sus sucursales, deberá agregar los datos de cada una de ellas)

Nombre organización 3:			
Calle		Número:	
Colonia:		Código postal:	

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Fecha de elaboración: 25/10/09
 Fecha de última revisión: 07/06/18
 Periodo de retención: S+2
 Página 4 de 8

No. DE CONTROL: FO-SG-014 REVISIÓN: 11

Ciudad		Estado:	
Responsable de la organización 3:		Puesto:	
Teléfono:		Extensión telefónica:	
Especifique el impacto ambiental involucrado en la operación, en caso de desear certificarse bajo la norma ISO 14001:2015.			
UBICACIONES GEOGRAFICAS (En caso de organizaciones con matriz que deseen certificar a sus sucursales, deberá agregar los datos de cada una de ellas)			
Nombre organización 4:			
Calle		Número:	
Colonia:		Código postal:	
Ciudad		Estado:	
Responsable de la organización 4:		Puesto:	
Teléfono:		Extensión telefónica:	
Especifique el impacto ambiental involucrado en la operación, en caso de desear certificarse bajo la norma ISO 14001:2015.			
UBICACIONES GEOGRAFICAS (En caso de organizaciones con matriz que deseen certificar a sus sucursales, deberá agregar los datos de cada una de ellas)			
Nombre organización 5:			
Calle		Número:	
Colonia:		Código postal:	

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

No. DE CONTROL: FO-SG-014 REVISIÓN: 11

Fecha de elaboración: 25/10/09
Fecha de última revisión: 07/06/18
Periodo de retención: S+2
Página 5 de 8

Ciudad		Estado:	
Responsable de la organización 5:		Puesto:	
Teléfono:		Extensión telefónica:	
Especifique el impacto ambiental involucrado en la operación, en caso de desear certificarse bajo la norma ISO 14001:2015 .			

Si desea certificar bajo la norma ISO 14001:2015/ NMX-SAA-14001-IMNC-2015, favor de atender las siguientes preguntas.	
Proporcione las regulaciones que debe de cumplir su organización para su operación y como las identifica, incluyendo licencias relacionadas con sus sitios y operaciones (cualquier obligación legal relevante):	
Si su organización maneja sitios adicionales, ¿estos están cubiertos por un solo sistema de gestión?	
Enliste los requerimientos específicos de su sistema de gestión ambiental:	
Información del Sistema de Gestión	
¿Genera residuos especiales y/o peligrosos?	
¿Tiene alguna concesión o licencia para descargar a la alcantarilla o corriente de agua?	
¿El sitio cubre los requerimientos legales para instalaciones peligrosas?	
¿Usted está registrado para portar desechos?	
¿Opera algún territorio contaminado?	
¿En el sitio existe alguna generación de energía?	
¿Se lleva a cabo algún tratamiento de emisiones en el sitio?	
Si su sistema de gestión ambiental está integrado con alguna otra norma por favor descríballo:	

Nombre de quien lleno este cuestionario _____

Cargo _____ Fecha _____ Firma _____

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

No. DE CONTROL: FO-SG-014 REVISIÓN: 11

Fecha de elaboración: 25/10/09
 Fecha de última revisión: 07/06/18
 Periodo de retención: S+2
 Página 7 de 8

Si desea certificar bajo la norma BS OHSAS 18001:2007/NMX-SAST-001-IMNC-2008 o ISO 45001:2018 , favor de atender las siguientes preguntas	
Describa por favor con el mayor detalle posible sus principales procesos o servicios:	
Por favor describa los riesgos relacionados con Salud y Seguridad en el Trabajo más significativos y aplicables a su organización (incluyendo todos los sitios de operación):	
Por favor describa las regulaciones clave de seguridad y salud en el trabajo aplicables a cada sitio (obligación legal relevante):	
Si su organización maneja sitios adicionales, ¿estos están cubiertos por un solo sistema de gestión?	
Información del Sistema de Gestión	
¿Se ha efectuado una revisión de la Gestión de Seguridad?	
¿Fue efectuada esta revisión por personal de la empresa?	
¿Hay una Política de Salud y Seguridad en el Trabajo documentada?	
¿Hay una descripción documentada del Sistema de gestión?	
¿Hay objetivos y metas de SASST establecidas y documentadas?	
¿Se han identificado los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo?	
¿Se han identificado los códigos o el marco normativo aplicable a las operaciones de la organización?	
¿Hay un programa para el logro de objetivos y metas?	
¿Se encuentran en el lugar los planes de emergencia y procedimientos?	
¿Se ha establecido un programa de auditoría interna?	
¿Se ha efectuado una Revisión de Gerencial?	
Si su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo está integrado con alguna otra norma por favor descríbalo:	

Nombre de quien lleno este cuestionario _____

Cargo _____ Fecha _____ Firma _____

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

No. DE CONTROL: FO-SG-014 REVISIÓN: 11

Fecha de elaboración: 25/10/09

Fecha de última revisión: 07/06/18

Periodo de retención: S+2

Página **8** de **8**

Estos campos deberán ser resueltos por el organismo certificador después de revisar la solicitud.		
Aceptación o rechazo de la solicitud		Razones del rechazo (en su caso)
Aceptado (a)	<input type="checkbox"/>	
Rechazado (a)	<input type="checkbox"/>	
Fecha de revisión de la solicitud:		
Nombre de quien realiza la revisión de la solicitud:		
Clave de proceso asignada por el O.C.:		