|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERVICIO(S) REQUERIDO(S):** | | | | **Fecha de solicitud:** | | | | | | **dd/mm/aaaa** |
| **Señalar con una “X” según corresponda:** | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Norma** | **Pre Auditoria** | **Certificación**  **inicial** | **Vigilancia** | **Recertificación** | **Otro (Especifique)** | | **ISO 9001:2015** |  |  |  |  |  | | **ISO 14001:2015** |  |  |  |  |  | | **ISO 21001:2018** |  |  |  |  |  | | **ISO 22000:2018** |  |  |  |  |  | | **ISO/IEC 27001:2013** |  |  |  |  |  | | **ISO 37001:2016** |  |  |  |  |  | | **ISO 45001:2018** |  |  |  |  |  | | **ISO 50001:2018** |  |  |  |  |  | | **Otro (Especifique)** |  |  |  |  |  |   *(Si selecciono 14001,21001,22000,27001,45001 o 50001 favor de llenar los formularios al final del documento)* | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA EMPRESA** (En caso de contar con sucursales que desee certificar, deberá agregar los datos de cada una de ellas en los campos correspondientes a partir de la página 3): | | | | | | | | | | |
| Nombre o razón social de la empresa: |  | | | | | | | | | |
| Nombre comercial: |  | | | | | RFC: |  | | | |
| Turno(s) de trabajo: |  | | Horario(s) de trabajo: | | |  | | | | |
| Turnos que realizan la misma actividad: |  | | Total, de empleados en la organización: | | |  | | | | |
| Número de personas que realizan la misma actividad: | <Ejemplo 1: 50 ensambladores de arneses, 20 pintores, 10 supervisores de línea, 10 soldadores etc.>  <Ejemplo 2: 30 choferes, 5 operadores de montacargas, 5 capturistas, 3 jefes de turno etc.> | | | | | | | | | |
| Dirección completa: | <Ejemplo: Ortiz De Campos 1703, Col. San Felipe, C.P. 31203, Chihuahua, Chih. México> | | | | | | | | | |
| Página Web: |  | | | | | **Idioma(s) de su SG:** | |  | | |
| Consideraciones socioculturales: | <En caso de existir alguna cuestión sociocultural como usos y costumbres que el organismo deba tomar en cuenta para dar el servicio favor de especificarlo> | | | | | | | | | |
| **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:** | | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Representante técnico de la organización o representante de la dirección |  | | |
|
| Puesto en la organización: |  | | |
| Correo electrónico: |  | **Teléfono:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA CERTIFICACIÓN:** | | | | | | | | | | |
| Alcance de su certificación*:*  *(Según su Sistema de Gestión)* | <Ejemplo 1: Fabricación de piezas metálicas para motores de autos>  <Ejemplo 2: Asesoría financiera para pequeñas y medianas empresas> | | | | | | | | | |
| Estatus de su Sistema de Gestión: | Ha realizado al menos una revisión por la dirección: | | Ha realizado al menos una auditoría interna: | | | | | | | Su sistema cuenta con mínimo 1 mes de implementación: |
| Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_ | | Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_ | | | | | | | Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_ |
| Requisitos legales aplicables a la empresa:  *(P.Ej., Leyes, normatividad, reglamentos etc.)* | <Este campo es obligatorio> | | | | | | | | | |
| Procesos externos utilizados por la organización:  *(Procesos sub-contratados, outsourcing)*  Fecha(s) propuesta(s) para recibir el servicio de certificación: | 1 |  | | | | 5 |  | | | |
| 2 |  | | | | 6 |  | | | |
| 3 |  | | | | 7 |  | | | |
| 4 |  | | | | 8 |  | | | |
| Opción 1: | dd/mm/aaaa | | | | Opción 2: | | dd/mm/aaaa | | |
| Su sistema de gestión se encuentra integrado: | Si: \_\_\_ No: \_\_\_\_ | | | Existe alguna no aplicabilidad de un requisito de la(s) norma(s) en su SG: | | | | <Detalle los requisitos que no aplican a su SG> | | |
| **CONSULTORIA RECIBIDA:** | | | | | | | | | | |
| ¿Ha recibido consultoría en el sistema de gestión que desea certificar?: | Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| Nombre de la persona que realizo la consultoría: |  | | | | Fecha de terminación: | | | | dd/mm/aaaa | |

<Este campo es obligatorio>

<Este campo es obligatorio>

**Nombre y firma de quien llena esta solicitud Puesto**

**MULTISITIO**

(Esto aplica para organizaciones con matriz que deseen certificar a sus sucursales u organizaciones con sitios permanentes o temporales)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL SOBRE SITIOS MÚLTIPLES:** | | | |
| Número de establecimientos: |  | ¿Cuenta con sitios temporales que requiera certificar? | Si\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ |
| Número de sitios temporales que requiere certificar: |  | ¿Cada uno de los sitios de la organización tiene una relación legal o contractual con la oficina central? | Si\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ |
| ¿Los procesos o actividades que se realizan en cada uno de los sitios de la organización son los mismos? | Si\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ | ¿Tiene la función central autoridad organizacional para definir, establecer y mantener un solo sistema de gestión? | Si\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ |
| ¿La organización cuenta con un mismo sistema de gestión y se encuentra sujeto a una revisión de gestión centralizada? | Si\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ | ¿Todos los sitios son sujetos a un mismo programa de auditoría interna de la organización? | Si\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ |

**Nota:** La función central es el lugar donde el control operativo y la autoridad de la alta dirección de la organización se ejercen sobre cada sitio sin que sea limitativo que ésta se ubique en un solo sitio.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UBICACIONES GEOGRAFICAS (En caso de organizaciones con matriz que deseen certificar a sus sucursales o sitios temporales, deberá agregar los datos de cada una de ellas)** | | | |
| Nombre o identificación del Sitio (Sucursal) 1: |  | | |
| Domicilio completo: |  | | |
| Responsable del sitio (Sucursal) 1: |  | Puesto: |  |
| Teléfono: |  | Extensión telefónica: |  |
| Número de empleados del sitio (sucursal) 1: |  | Procesos y actividades que se realizan en el sitio (sucursal) 1: |  |
| 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 o sitios temporales, deberá agregar los datos de cada una de ellas)** | | | |
| Nombre o identificación del Sitio (Sucursal) 2: |  | | |
| Domicilio completo: |  | | |
| Responsable del sitio (Sucursal) 2: |  | Puesto: |  |
| Teléfono: |  | Extensión telefónica: |  |
| Número de empleados del sitio (sucursal) 2: |  | Procesos y actividades que se realizan en el sitio (sucursal) 2: |  |
| 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 o sitios temporales, deberá agregar los datos de cada una de ellas)** | | | |
| Nombre o identificación del Sitio (Sucursal) 3: |  | | |
| Domicilio completo: |  | | |
| Responsable del sitio (Sucursal) 3: |  | Puesto: |  |
| Teléfono: |  | Extensión telefónica: |  |
| Número de empleados del sitio (sucursal) 3: |  | Procesos y actividades que se realizan en el sitio (sucursal) 3: |  |
| Especifique el impacto ambiental involucrado en la operación, en caso de desear certificarse bajo la norma **ISO 14001:2015.** | | |  |

**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 descríbalo:** | |

**ISO 21001:2018**

|  |  |
| --- | --- |
| **Si desea certificar bajo la norma ISO 21001:2018, favor de atender las siguientes preguntas:** | |
| **Información del Sistema de Gestión** | |
| Numero de programas educativos dentro del alcance de su certificación: |  |
| ¿La impartición de sus clases es presencial, virtual o mixta? |  |
| ¿Cuenta con algún servicio complementario de radio o televisión (especifique)? |  |
| ¿Con cuántos servicios de comedor o cafetería cuenta (especifique)? |  |
| ¿Con cuántos servicios de bibliotecas o gimnasios cuenta (especifique)? |  |
| En caso de contar con algún otro servicio complementario favor de especificarlo: |  |

**Nota:** En caso de contar con diferentes campus que desee certificar, llenar el apartado de “Multisitio”.

**ISO 22000:2018**

|  |  |
| --- | --- |
| **Si desea certificar bajo la norma ISO 22000:2018, favor de atender las siguientes preguntas:** | |
| **Información del Sistema de Gestión** | |
| Tipo y número de productos dentro del alcance de la certificación: |  |
| Número de líneas de producción dentro del alcance de la certificación: |  |
| Programas pre-requisitos implementados: |  |
| Indique si existe(n) alguna(s) fecha(s) en que la organización no pueda recibir auditorias (Periodos de inactividad productiva) especificando las fechas y motivos. |  |
| En caso de que dentro de su alcance estén contemplados productos de temporada favor de detallar los meses de producción: |  |
| Indicar los horarios de sus principales líneas de producción: |  |

**Nota:** En caso de que su área de almacenamiento se encuentre fuera de las ubicaciones del sitio de producción, favor de considerarse como un sitio adicional.

**ISO/IEC 27001:2013**

|  |  |
| --- | --- |
| **Si desea certificar bajo la norma ISO/IEC 27001:2013, favor de atender las siguientes preguntas:** | |
| **Información del Sistema de Gestión** | |
| ¿Cuenta la organización con un SGSI documentado e implementado que cumpla con la norma ISO / IEC 27001 y otros documentos requeridos para la certificación? |  |
| ¿Existe alguna información relacionada con el SGSI (como los registros del SGSI o información sobre el diseño y la efectividad de los controles) que no pueda ponerse a disposición para revisión por parte del equipo auditor por considerarse confidencial o sensible? |  |
| ¿Cuenta con procesos subcontratados? En caso positivo mencione cuales (si se deja en blanco se entenderá que no es así) |  |
| Proporcione una breve descripción de la infraestructura de su organización (Redes, servidores, sistemas operativos, bases de datos) |  |
| ¿Con que frecuencia lleva a cabo actividades de desarrollo de software? | Poca o nula \_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Alta\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **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? |  |
| Enuncie los principales materiales peligrosos en caso de ser utilizados en los procesos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo |  |
| **Información del Sistema de Gestión** | |
| ¿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 por la Dirección? |  |
| **Si su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo está integrado con alguna otra norma por favor descríbalo:** | |

**ISO 45001:2018**

**ISO 50001:2018**

|  |  |
| --- | --- |
| **Si desea certificar bajo la norma ISO 50001:2018, favor de atender las siguientes preguntas:** | |
| **Información del Sistema de Gestión** | |
| Consumo de energía anual (TJ): |  |
| Tipos o fuentes de energía que se utilizan: |  |
| Usos típicos de la energía: |  |
| Número de personal eficaz del SGEn: |  |
| Límites de su SGEn: |  |

**Nota:** En el personal eficaz de SGEn se debe considerar el personal que impacta materialmente el SGEn incluyendo: la Alta Dirección, representante(s) de la Dirección, equipo de gestión de la energía, persona(s) responsable(s) de los cambios mayores que afectan el desempeño energético, persona(s) responsable(s) de la efectividad del SGEn, persona(s) responsable(s) de desarrollar, implementar o mantener las mejores en el desempeño energético incluyendo el alcance, las metas y los planes de acción; y persona(s) responsable(s) de los usuarios significativos de la energía.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) |  |  | | | |
| Rechazado (a) |  |
| Fecha de revisión de la solicitud: | |  | | | |
| Nombre de quien(es) realiza(n) la revisión de la solicitud: | |  | | | |
| Clave de proceso asignada por el O.C.: | |  | | | |
| Sector(es): | |  | Código(s) Nace y/o sus equivalentes: | |  |
| Norma solicitada: | |  | |  | |
| \*\*Alcance de la certificación:  *\*ema Entidad Mexicana de Acreditación. \*\*IAF International Accreditation Forum* | | **Con acreditación ema**.  *(Uso de logotipo \*ema / \*\*IAF)* | | **Sin acreditación ema**.  *(Sin logotipo \*ema / \*\*IAF)* | |