1. **INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN:**

| **Razón Social:** |  |
| --- | --- |
| **Nombre Comercial:** |  |
| **Domicilio Fiscal:** |  |
| **RFC:** |  |
| **Teléfono:** |  |
| **Nombre de Contacto:** |  |
| **Puesto:** |  |
| **Teléfono:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| **Nombre del Representante Legal que firmará el contrato de certificación:** |  |

**Nota:** En el caso de que exista más de una razón social en el sitio del cliente, se requiere un certificado para cada razón social.

| **Nombre del Sitio (principal y sucursales)** | **Dirección** | **Actividades de sitio (principal y sucursal)** | **Total**  **de Personal** | **Turnos** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **Mixto** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**NOTAS:**

* + - 1. Sitios virtuales: Se considera una ubicación virtual donde una organización realiza un trabajo o proporciona un servicio utilizando un entorno en línea que permite a personas en diferentes ubicaciones físicas ejecutar procesos de manera temporal o fija por lo tanto deberá de incluirlo como un sitio temporal o fijo.
         1. No se puede considerar como tal un sitio virtual donde los procesos deben ejecutarse en un entorno físico, ejemplo: almacenamiento, laboratorios de pruebas físicas, instalación o reparación de productos etc.
         2. Un ejemplo de un sitio virtual de este tipo es una organización de diseño y desarrollo donde todos los empleados realizan trabajos ubicados de forma remota, trabajando en un entorno de nube.
         3. Un sitio virtual (por ejemplo, la intranet de una organización) se considera un sitio único para efectos de cálculo del tiempo de auditoría.

1. **Desglose de personal por puestos:**

Desglose por puesto, del número efectivo de personal de tiempo completo, de medio tiempo y empleados que se encuentran parcialmente, personal temporal no calificado que participa en el alcance de la certificación, incluidos los que trabajan en cada turno.

| **Puesto** | **Cantidad** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Total de personal: |  |

1. **INFORMACIÓN PRELIMINAR SOBRE EL SERVICIO QUE SOLICITA.**
2. **Indicar el servicio requerido:**

☐ Auditoría inicial

☐ Vigilancia

☐ Renovación

☐ Transferencia de la certificación

1. **Indique la Norma en que desea certificarse:**

☐ ISO 9001 ☐ ISO 21001 ☐ ISO 14001 ☐ ISO 45001 ☐ Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para certificaciones de ISO 21001, ISO 14001, ISO 45001, favor de ir al anexo correspondiente**

**Anexo I ISO 21001**

**Anexo II ISO 14001**

**Anexo III ISO 45001**

1. **¿Su organización ha estado certificada?** ☐ SI ☐ NO

***En caso de que su respuesta sea “SI”, indique en qué Norma y en qué fecha se realizó la certificación:***

| **Norma** | **Fecha** |
| --- | --- |
|  |  |

1. **¿Su organización ha recibido asesoría para su certificación?** ☐SI ☐ NO

***En caso de que su respuesta sea “SI”, mencione la empresa consultora y la fecha en qué recibió la* consultoría:**

| **Empresa consultora** | **Fecha de consultoría** |
| --- | --- |
|  |  |

1. **¿Cuenta con un Sistema de Gestión documentado?** ☐SI ☐ NO
2. **¿Su organización desea hacer una pre-auditoria de certificación?** ☐ SI ☐ NO
3. **¿Cuál es la fecha planeada para realizar el servicio de auditoria(s)?**
4. **INFORMACIÓN PARA CERTIFICACIÓN.**
5. **¿Cuál es el alcance de su certificación (describa sus productos y/o servicios):**

| *Ej.: Producción del producto X. / Prestación de Servicios / Distribución.* |
| --- |

1. **¿Su proceso incluye diseño?** ☐ SI ☐ NO
2. **Describa de manera general los procesos claves de la organización (incluyendo los subcontratados, cuando aplique):**

| **Nombre del Proceso** | **Subcontratado:** | |
| --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Indique cuáles son las normas o marco legal que aplica a su organización y que afectan su sistema de gestión:**

| **No.** | **Normas o Marco Legal** |
| --- | --- |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |

1. **Idioma que se habla en su organización:**

☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro (especifique): Haga *clic o pulse aquí para escribir texto.*

¿Requiere intérprete?☐ Sí ☐No

1. **OTROS SERVICIOS:**

| **Servicio (s) solicitado (s)** |
| --- |

* ☐ Auditoria de segunda parte:
* ☐ Pre auditoria:

**NOTA:** EL ORGANISMO CERTIFICADOR NO PODRÁ BRINDAR SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN EN EL CASO DE QUE ALGÚN MIEMBRO DE LA ORGANIZACIÓN HAYA REALIZADO AUDITORIAS DE PRIMERA PARTE O CONSULTORÍA HASTA DESPÚES DE 2 AÑOS.

1. **Existe algún vínculo con el organismo de certificación o su personal que pueda afectar la imparcialidad del servicio solicitado:**

SÍ ☐ NO ☐

**Si su respuesta fue “SÍ” describa dicho vínculo que afecta la imparcialidad, en caso contrario; deje el espacio en blanco:**

|  |
| --- |

**Favor de indicar si existe algún tipo de vestimenta especial o equipo de seguridad que debe de llevar el equipo auditor:**

|  |
| --- |

1. **APROBACIONES:**

| **Sección para AB Certifications** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Por Comercial: |  | Fecha: |  |
| Por Área Técnica: |  | Fecha: |  |

***Para uso exclusivo del Área Comercial y Área Técnica una vez aprobado el formato de Cálculo de tiempo de auditoría (F-SSG-026).***

**ANEXO 1**

**ISO 21001:2018**

| **Si se desea certificar bajo la norma ISO 21001:2018, favor de llenar los siguientes apartados:** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de programas educativos por nivel (cuando aplique) dentro del alcance de su certificación: | | | <Técnico, técnico superior, licenciatura, ingeniería, maestría, doctorado etc.> | |
| Indique la modalidad (presencial, virtual o mixta) de cada uno de los programas: | | |  | |
| ¿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:  (Vinculación, capacitación, etc.) | | |  | |
| En caso de contar con diferentes campus que desee certificar, llenar el apartado de “Multisitio” y el que se encuentra debajo. | | | | |
| Nombre | Modalidad de clases: | Número de servicios complementarios: | | Número de programas educativos: |
| SEDE |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |

**Anexo II**

**ISO 14001:2015**

| **Si desea certificar bajo la norma ISO 14001:2015 favor de llenar los siguientes apartados:** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Regulaciones relacionadas con la norma incluyendo licencias relacionadas con sus sitios y operaciones (cualquier obligación legal relevante): | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Describa sus principales desechos:  En el caso de generar residuos peligrosos y/o especiales, indique cuáles | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ¿Tiene alguna concesión o licencia para descargar a la alcantarilla o corriente de agua? | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Cuenta con la identificación, planificación y prueba de su respuesta a emergencia debidamente documentado: | | | SI |  | | NO |  |
| ¿Sus sitios cubren los requerimientos legales para instalaciones peligrosas? | | | SI |  | | NO |  |
| ¿Usted está registrado para portar desechos? | | | SI |  | | NO |  |
| ¿Opera algún territorio contaminado? | | | SI |  | | NO |  |
| ¿En alguno de los sitios se genera energía? | | | SI |  | | NO |  |
| ¿Se lleva a cabo algún tratamiento de emisiones en los sitios? | | | SI |  | | NO |  |
| **SI SUS SITIOS SE VAN A CERTIFICAR EN ISO 14001:2015 INDIQUE LO SIGUIENTE PARA CADA SITIO:** | | | | | | | |
| **Sitio** | **Impacto ambiental** | **Generación de energía:** | | | **Tratamiento de emisiones:** | | |
| **SEDE** |  |  | | |  | | |
|  |  |  | | |  | | |
|  |  |  | | |  | | |

**Anexo III**

**ISO 45001:2018**

| **Si desea certificar bajo la norma ISO 45001:2018, favor de llenar los siguientes apartados:** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Realiza procesos altamente complejos o un número relativamente alto de actividades únicas: | | | | SI |  | NO |  |
| Número de accidentes en el último año: | | | |  | | | |
| Numero de enfermedades profesionales identificadas para el alcance de su certificación: | | | |  | | | |
| Se encuentra actualmente en un proceso legal relacionado con la seguridad y salud: | | | | SI |  | NO |  |
| Cuenta con la presencia temporal de (Sub) contratistas y sus empleados causando un aumento en la complejidad o riesgos: | | | | SI |  | NO |  |
| Enuncie los principales materiales peligrosos identificados dentro del sistema de gestión: | | | |  | | | |
| Cuenta con la identificación, planificación y prueba de su respuesta a emergencia debidamente documentado: | | | | SI |  | NO |  |
| Cuenta con un proceso de consulta y participación de los trabajadores debidamente documentado: | | | | SI |  | NO |  |
| En caso de que se requiera equipo especial la organización solicitante deberá de proporcionar dicho equipo al equipo auditor. | | | | | | | |
| **SI SUS SITIOS SE VAN A CERTIFICAR EN ISO 45001:2018 INDIQUE LO SIGUIENTE PARA CADA SITIO:** | | | | | | | |
| Nombre | Número de accidentes: | Numero de materiales peligrosos: | En caso de ser un sitio temporal indique la fecha de fin: | | | | |
| **SEDE** |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |

**¡Gracias por haber llenado esta solicitud de servicio!**

**Nombre y Firma del Responsable de la Organización**

****