**1. Datos Generales de la organización**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SERVICIO** | Certificación  Transferencia de organismo  Recertificación  Modificación al alcance | | |
| **Nombre de la organización:** |  | | |
| **Razón social:** |  | | |
| **Nombre comercial:** |  | | |
| **Fecha deseada iniciar el proceso de certificación**  **(sujeto a disponibilidad):** |  | **Fecha deseada para realizar la Pre-auditoría**  **(Si se requiere):** |  |
| **Norma de referencia:** |  | **Exclusiones:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO** | | | |
| **Nombre de contacto del solicitante:** | |  | |
| **Puesto:** | |  | |
| **E-mail:** | |  | |
| **Tel./Ext. (directo):** | |  | |
| **¿El solicitante es la persona responsable autorizada del sistema de gestión y para gestionar el proceso de certificación?** | | | |
|  | Si | | |
| No  (Complete los siguientes datos): | | |
| **Nombre del personal autorizado:** | |  | |
| **Puesto:** | |  | |
| **Tipo de personal:** | | Personal Interno  Personal Consultor | |
| **Empresa Consultora**  **(si aplica):** | |  | |
| **Firma:** | | |  |
| **Fecha:** | | |  |

Nota: Todos los datos provistos en esta solicitud serán la base para la presentación de la propuesta comercial y la realización del proceso de certificación, en caso de que la información no sea precisa o se reporten divergencias o cambios, la organización deberá presentar una nueva solicitud.

**2. Datos para la certificación**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alcance solicitado:**  **(De ser necesario, utilice lanota técnica *“Guía para definir el alcance”* enviada)** |  | | | | | **¿Su solicitud incluye más de un sitio?** | | Sí  No |
| **Domicilio del sitio:** |  | | | | | **¿Todos los sitios operan bajo el mismo sistema de gestión?** | | Sí  No |
| **Indique el nivel de riesgo que representa cada uno de los sitios:** | | | | | | | | |
| **Alto**  Cuando existan diferencias sustanciales en los procesos, infraestructura, equipos y cultura organizacional, entre una muestra y las otras, además existen registros de lesión grave o daño severa la salud o una prima de riesgo alta ante el IMSS y desempeño variable entre una unidad y la otra. | | **Medio**  Existe un grado de homogeneidad y similitud en los procesos, las operaciones y actividades, no existen registros históricos de lesión grave a los trabajadores, efecto negativo a la salud o una prima de riesgo elevada ante el IMSS, las posibles lesiones permiten la total recuperación, las consecuencias a la SST no incapacitan de forma permanente a los trabajadores para volver a realizar sus actividades. | | | **Bajo**  Existe un alto grado de homogeneidad y similitud en las operaciones, actividades, equipo e infraestructura similar, no se reportan peligros que expongan a los trabajadores a lesiones o daño a la seguridad en el lugar de trabajo de forma permanente o incapacitarlos para continuar realizando sus tareas, los efectos potenciales a la SST son reversibles, reporta una prima de riesgo baja ante en IMSS. | | **Limitada**  Homogeneidad de las operaciones y actividades e infraestructura, mismo lenguaje y cultura, Lesiones menores, o daño a la salud que solo tiene el potencial de incapacitar parcialmente a los trabajadores hasta por tres días, prima de riesgo ante el IMSS baja y estable en los últimos 5 años. | |
| **Número de personal:** |  | | **No. de turnos y sus horarios:** |  | | Utilice el recuadro en la sección 8 (Organizaciones multisitio) para describir los sitios incluidos en su solicitud. | | |

**3. Perfil de características del cliente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Marque la casilla que describa a su organización. Provea detalles donde se le indique. | | |
| **Sobre los procesos** | **Las actividades son realizadas en una oficina.** | **Si  No** |  |
| **Los procesos son mayormente automatizados.** | **Si  No** |  |
| **Una parte de los procesos es realizada por un externo. (outsourcing).** | **Si  No** | **Detalle: cómo se involucra el externo en su proceso.** |
| **Los procesos están sujetos a cumplimiento de obligaciones legales o normativa aplicable al producto o servicio.** | **Si  No** | **Detalle: cuáles son y por qué.** |
| **Sobre el personal** | **Nuestro personal realiza actividades repetitivas.**  Nota: Actividades repetividades, se refiere donde un número de personas realiza la misma tarea, dentro de un proceso. | **Si  No** | **Detalle: cuántas personas repiten qué actividades.** |
| **Hay personal que realiza actividades fuera de oficina.** | **Si  No** | **Detalle: qué actividades se realizan fuera y cuántas personas las realizan.** |
| **Sobre las exclusiones** | **La organización es responsable del diseño y desarrollo del producto o servicio.** | **Si  No** |  |
| **El cliente de la organización es responsable del diseño y desarrollo del producto o servicio.**  Nota: En caso de que el cliente omita información precisa relativa a este requisito, es preciso anticipar que esto puede representar una modificación, significativa en el tiempo de auditoría y el costo resultante. | **Si  No** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Información adicional relevante para la ejecución de auditoría** | | | | |
| **4.1.** | | **Describa las condiciones que pueden afectar las actividades de certificación y auditoría, tales como:** | | |
| **1) Lenguaje:** | | |  | |
| **2) Condiciones de seguridad o equipo de seguridad:** | | |  | |
| **3) Accesibilidad a las instalaciones o área operativa:** | | |  | |
| **4) Requisitos especiales:** | | |  | |
| **5) Riesgos:** | | |  | |
| **4.2.** | **¿Su organización o alguna filial u Órgano Superior son actualmente clientes de AVR?** | | | **Sí  No** |
| **De ser afirmativo, por favor describa:** | | | Describa | |
| **4.3.** | **¿Su organización mantiene certificado algún otro sistema de gestión (ej: Calidad, Ambiental, ¿Seguridad y Salud en el trabajo u otro)?** | | | **Sí  No** |
| **De ser afirmativo, por favor describa:** | | | Describa | |
| **4.4.** | **Informe si existe alguna información confidencial o sensible que no pueda ponerse a disposición del equipo auditor para su revisión.** | | | |
| Explique | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Perfil Ambiental** | | | | | | | | | | | | | |
| **5.1.** | **¿Su organización tiene información pública disponible en relación con su organización y la gestión ambiental?** | | | | | | | | | | | **Sí  No** | |
| **De ser afirmativo, por favor adjunte información** | | | Inserte enlace | | | | | | | | | | |
| **5.2.** | **Indique si hay sitios de alto interés de conservación de naturaleza en proximidad al sitio.** | | | | | | | | | | | | |
| **De ser afirmativo, por favor describa:** | | | Describa | | | | | | | | | | |
| **5.3.** | **Describa las instalaciones, su situación geográfica y los aspectos e impactos ambientales relacionados.** | | | | | | | | | | | | |
| Explique | | | | | | | | | | | | |
| **5.4.** | **Problemas técnicos** | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene alguna concesión o licencia para descarga de agua? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Usted está registrado para portar desechos? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿El sitio cubre los requerimientos legales para las instalaciones peligrosas? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Opera en algún territorio contaminado? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿En sitio existe alguna generación de energía? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Se lleva a cabo algún tratamiento de emisiones en el sitio? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| **5.5.** | ***Desarrollo del sistema de gestión ambiental*** | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se ha llevado a cabo una revisión ambiental preparatoria? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Tiene alguna política ambiental documentada? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Se han identificado y controlado los aspectos ambientales relevantes? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Se han fijado objetivos y metas ambientales? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Se ha puesto en marcha un programa para lograr los objetivos y metas? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Se ha preparado una descripción documentada del sistema? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Todo el personal conoce acerca del sistema de gestión ambiental? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Se ha iniciado un programa de auditorías internas? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Han sido identificados y gestionados los riesgos al desempeño ambiental? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| ¿Ha sido considerado el enfoque de ciclo de vida en las actividades que afectan el desempeño ambiental de la organización? | | | | | | | | | | | **Sí  No** | | |
| **5.6.** | ***Tipo de residuos que generan*** | | | | | | | | | | | | |
| A. Corrosividad, Reactividad, Explosividad, Toxicidad, Inflamabilidad o Contienen agentes infecciosos (Peligrosos); | | | | | | B. Con características de actividades domésticas o Productos para limpieza vías y lugares públicos (Urbanos); | | | C. Los residuos generados por su organización no poseen características de las opciones A y B (Especiales). | | | |
| **Hacer breve descripción de los tipos de residuos que genera su organización**: | | | |  | | | | | | | | | |
| **5.7.** | ***Clasificación de generador de residuos*** | | | | | | | | | | | | |
| A. Igual o mayor de 10 toneladas; | | | | | | B. Menor de 10 toneladas, pero mayor a 400 kilogramos; | | A. Igual o mayor de 10 toneladas; | | | | | |
| **Indique cual es la cantidad de residuos anuales que genera su organización** | | | |  | | | | | | | | | |
| **5.8.** | | ***Tipo de impacto ambiental*** | | | | | | | | | | | | |
| A. Tienen un impacto cuya trascendencia en el medio, es de tal magnitud que es imposible revertirlo a su línea de base original (Irreversible); | | | B. Son de influencia a largo plazo, y extensibles a través del tiempo (Persistente); | | | | | C. El medio puede recuperarse a través del tiempo, corto, mediano o largo plazo, no siempre a su línea de base original (Reversible); | | | D. De impacto cuya magnitud no genera mayores consecuencias y permita al medio recuperarse en corto plazo a su línea de base original (Temporal). | | | |
| **Describa que plazo de tiempo tienen las actividades de su organización y como obtuvo este resultado** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **5.9.** | | | ***Gestión de aspectos e impactos ambientales*** | | | | | | | | | | | | |
| A. La organización es la responsable ante la entidad de regulación del cumplimiento y gestiona los aspectos e impactos ambientales. | | | | | | | B. La organización no es la responsable ante la entidad de regulación del cumplimiento, pero se encarga de gestionar los aspectos e impactos ambientales; | | | C. La organización no es la responsable ante la entidad de regulación del cumplimiento, ni se encarga de gestionar los aspectos e impactos ambientales. | | | | | |

**7. Perfil de Integración**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Perfil de seguridad y salud en el trabajo** | | | | |
| **6.1.** | | **Describa las instalaciones, su situación geográfica y los peligros/riesgos relacionados con salud y seguridad en el trabajo más significativos y aplicables a su compañía/organización.** | | |
| **Describa:** |  | |
| **6.2.** | | **Elementos clave del SGSST** | | |
| ¿Se ha efectuado una revisión de la gestión de seguridad? | | **Sí  No** |
| ¿Fue efectuada una revisión por el personal de la empresa? | | **Sí  No** |
| ¿Hay una política de salud y seguridad en el trabajo documentada? | | **Sí  No** |
| ¿Hay una descripción documentada del sistema de gestión? | | **Sí  No** |
| ¿Hay objetivos y metas de SST establecidas y documentadas? | | **Sí  No** |
| ¿Se han identificado y documentado los riesgos de seguridad y salud en el trabajo? | | **Sí  No** |
| ¿Se han identificado los códigos o el marco normativo aplicables a las operaciones de la organización? | | **Sí  No** |
| ¿Hay un programa para el logro de los objetivos y metas? | | **Sí  No** |
| ¿Se ha establecido un programa de auditoría interna? | | **Sí  No** |
| ¿Se ha efectuado una revisión de gerencia? | | **Sí  No** |
| **6.3.** | | ***Mencionar los riesgos y oportunidades más relevantes aplicables en su organización, su evaluación y la manera en la que se abordan (De ser requerido agregar información y archivos y hojas adicionales)*** | | |
| **Describa:** | |  | | |

**7.1. Marque los elementos de nivel de integración de su sistema de gestión. No aplica**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Un conjunto de documentación integrados, incluyendo instrucciones o procedimientos de trabajo. |
|  | 2. Revisión por la alta gerencia o dirección integradas. |
|  | 3. Un enfoque integrado de las auditorías internas. |
| ☐ | 4. Un enfoque integrado de políticas y objetivos. |
|  | 5. Un enfoque integrado de los procesos del sistema. |
|  | 6. Un enfoque integrado de los mecanismos de mejora (acción correctiva y preventiva; medición y mejora continua). |
| ☐ | 7. Soporte de gestión integral y responsabilidades. |

**8. Organización multisitio**

**8.1. Alcances o sub-alcances**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre de sitio | Función central y Jerarquía de sitios | Tipo de sitio (Permanente, Temporal, Virtual) | Alcance o sub-alcance | Domicilio |
|
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**Nota:** Función central es donde se concentra la autoridad de la alta gerencia de la organización y se ejerce sobre cada uno de los sitios dentro del alcance del sistema de gestión, el cliente debe considerar que no es un requisito que estas funciones estén localizadas en un sitio único por lo que pueden estar repartidos en diversas locaciones.

La función central es responsable por asegurar que sea recolectada y analizada la información de todos los sitios y que puede demostrar que tiene la autoridad y habilidad para iniciar cambios en la organización según se requieran en relación con cambios en el sistema, revisión por la gerencia, quejas, evaluación de acciones correctivas, plan de auditoría interna, evaluación de resultados y requisitos regulatorios y estatutarios aplicables.

**8.2. Perfil de la organización multisitio**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre del sitio | No. de turnos y su horario | Número de personas por turno | | Procesos y actividades realizadas | Procesos y actividades realizadas específicas (Presencia de variaciones, requisitos contractuales y regulatorios no similares) | Requisito Legal /Normativa /Legislación Relevante aplicable |
| **Ope.** | **Adm.** |
| *1* |  | 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| Mixto |  |  |
| *2* |  | 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| Mixto |  |  |
| *3* |  | 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| Mixto |  |  |
| *4* |  | 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| Mixto |  |  |
| *5* |  | 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| Mixto |  |  |

Detallar sitios temporales (Proyectos mayores, instalación, operaciones de servicio y mantenimiento, sitios de recuperación de desastre, duración de proyectos, etc.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del sitio temporal | Detalles | Duración de proyectos |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Transferencia de la certificación** | |
| **¿Está interesado en una cotización por parte de AVR que incluya una transferencia de su actual organismo certificador?** | **Sí  No** |
| 1. **Estado actual de la certificación:**   Vigente  Suspendido  Cancelado | |
| 1. **Siguiente tipo de auditoria planificada con su organismo actual:**   Vigilancia 1  Vigilancia 2  Recertificación | |

|  |  |
| --- | --- |
| **10. Requisitos para iniciar la certificación** | |
| **8.1.**  **La organización tiene la capacidad de demostrar el alcance solicitado.** | Sí  No |
| **8.2.**  **La organización cuenta con una política y objetivos de calidad establecidos.** | Sí  No |
| **8.3.**  **La organización ha identificado, evaluado y abordado los riesgos al producto/servicio y a los procesos incluidos en el alcance de la certificación.** | Sí  No |
| **8.4.**  **La organización ha llevado a cabo y puede demostrar un ciclo completo de auditoría interna, bajo el alcance solicitado que incluya todos los sitios reportados en esta solicitud.** | Sí  No |
| **8.5.**  **La organización ha llevado a cabo y puede demostrar una revisión gerencial para el alcance de certificación solicitado en todos los sitios reportados en esta solicitud.** | Sí  No |

**Nota 1.** Las cotizaciones solicitadas por los clientes son totalmente gratuitas.

**Nota 2.** Toda la información contenida en este documento es de carácter confidencial y no puede ser revelada a terceros sin el consentimiento del cliente.

**Nota 3**. El cliente acepta que la información proporcionada en este documento es precisa y es el fundamento, para llevar a cabo todo el proceso de certificación, en caso de existir cambios o modificaciones en los datos proporcionados, el cliente deberá notificarlo y esto será sujeto a una propuesta comercial.

|  |  |
| --- | --- |
| Para uso interno de AVR | |
| Iniciales de la persona que reviso la Solicitud de Cotización y determinó el alcance: |  |
| Códigos(s) EAC/NACE/SECTORES relacionado con el alcance solicitado: |  |
| Equipo auditor recomendado: |  |