

| |
|---|
| No. Referencia (Solo para uso de QAM) |
| |
| Fecha |
| |

A continuación, le solicitamos de la manera más atenta llenar el presente formato con los datos solicitados, con la finalidad de poder generar para usted una propuesta de servicio particular en función a las características de su empresa y sus necesidades de certificación. Toda la información proporcionada por la empresa, Qualis Audit Mexico, se compromete a cuidar la confidencialidad de las mismas a menos de que por ley sea exigida la presentación de la misma.

Instrucciones:

- Debe requisitar todos los campos
- Los campos marcados con (*) son obligatorios
- De ser necesario, puede anexar información que considere pertinente para el llenado del mismo como: (organigrama de la empresa, interacción de procesos, etc.)
- Al terminar su llenado, favor de enviar al correo ventas@qualismexico.com.mx

I. Datos de la Organización

| Razón Social (nombre de la empresa) * | | No. de empleados * | *RFC | |
|---|-------------------------|--------------------|-------------------------|------------------|
| | | | | |
| * Domicilio Fiscal | | | | |
| | | | | |
| Domicilio donde aplica el (los) Sistema (s) de Gestión (describa todos los sitios donde se tenga una plaza y requiera ser certificada) | | | | |
| Nombre del sitio | Coloque Fijo o Temporal | Dirección | Actividades principales | No. de empleados |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

En caso de ser más sitios/plazas anexar una relación con el nombre del sitio, dirección, actividades principales, No. de empleados.

| | | | |
|--|--|--------------------------------|----------|
| * Teléfono | | Página Web* | |
| | | | |
| * Nombre del Contacto | | * Correo Electrónico | |
| | | | |
| * Cargo del Contacto | | * Teléfono del contacto | |
| | | | |
| ¿La organización forma parte de una corporación mayor? (pertenece a un corporativo u oficina matriz) | | [| ¿Cuál?] |
| * Principales Productos o Servicios | | | |
| | | | |

II. Norma (s)

| | | |
|--|--------------------------|---|
| *Norma(s) en la(s) cual(es) pretende certificarse (Coloque una X) | <input type="checkbox"/> | NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001:2015 |
| | <input type="checkbox"/> | NMX-SAA-14001-IMNC-2015 / ISO 14001:2015 |
| | <input type="checkbox"/> | NMX-SAST-45001-IMNC-2018 / ISO 45001:2018 |
| | <input type="checkbox"/> | <u>Sistema de gestión integrados (Marque las normas que integran el sistema de gestión)</u> |
| | <input type="checkbox"/> | Otra especifique: |

III. Tipo de servicio(s) solicitado - marque la(s) opción(es) deseada(s) -

| | | |
|--|--|--|
| *Tipo de servicio(s) solicitado | <input type="checkbox"/> | Pre-auditoría |
| | <input type="checkbox"/> | Auditoría de Certificación |
| | <input type="checkbox"/> | Auditoría de Ampliación o Reducción de Alcance |
| | <input type="checkbox"/> | Auditoría para la Renovación de Certificado |
| | <input type="checkbox"/> | Transferencia de Organismo (en caso de marcar esta casilla, por favor conteste la siguiente información: |
| | Nombre del Organismo Certificador actual | |
| | Frecuencia con las que se realizan sus auditorías | |
| | Motivo de requerir la transferencia | |
| | Su certificado se encuentra en alguna de las siguientes situaciones: | <input type="checkbox"/> Condicionado <input type="checkbox"/> Suspendido |

Revocado

IV. Información del Sistema de Gestión

| | | | |
|---|----------------------------------|---|--|
| ¿Cuál es el Alcance deseado de la certificación? | | | |
| ¿Ha utilizado consultoría, capacitación y/o realización de auditoría interna por un organismo de certificación, consultor externo en materia de Sistemas de Gestión? | | | |
| SI | NO | Nombre del consultor / empresa consultora | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Mencione las leyes, reglamentos, normas, aplicables para la operación de su organización y de acuerdo con su(s) producto(s) y/o servicio(s) que presta | | | |
| departamentos/áreas/oficinas | | No. personal | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Mencione los departamentos/áreas/oficinas consideradas en el alcance de su sistema de gestión y número de personal en cada una de las áreas descritas. | | | |
| Número de turnos que labora la empresa | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 turno | <input type="checkbox"/> 2 turno | <input type="checkbox"/> 3 turno | |
| <i>Horario:</i> | <i>Horario:</i> | <i>Horario:</i> | |
| <i># personal:</i> | <i># personal:</i> | <i># personal:</i> | |
| <i>Actividades realizadas:</i> | <i>Actividades realizadas:</i> | <i>Actividades realizadas:</i> | |

| | | | |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| ¿Aplica diseño en el alcance a certificar? Solo para ISO 9001 | | | |
| Justifique su respuesta anterior | | | |
| Procesos, actividades incluidas dentro del sistema de gestión <i>NOTA; para sistemas de gestión en SST, requiere identificar los principales materiales peligrosos utilizados en los procesos</i> | | | |
| Se cuenta con una serie de políticas y/o lineamientos de SGSST que se deban acatar cuando se realizan las actividades en su organización. Ej. Seguro social, póliza de seguro, EPP, etc. | | | |
| Especifique los procesos contratados externamente (en caso de existir) y mencione la cantidad de personas contratadas externamente. <u>NOTA: Los procesos contratados externamente pueden ser los proveedores de servicios como ejemplo: mantenimientos, servicios de fumigación, obras civil, etc.</u> | | | |
| ¿Cuenta la organización con algún otro certificado o reconocimiento ej. HACCP, NMX-R025-SCFI, ESR, FSCC? | | | |
| En caso de tener más de un sitio ¿requiere que cada uno tenga su propio certificado? | <input type="checkbox"/> SI | | <input type="checkbox"/> NO |

V. Información general para el proceso de certificación

Es importante mencionar que su empresa deberá:

1. Facilitar la información necesaria cuando se dé la formalización de aceptación de la propuesta económica, esto con la finalidad de formalizar su expediente.

Documentación en copia simple (impresa o en medio electrónico)

- Acta constitutiva (documento equivalente)
- Registro federal de contribuyentes (R.F.C.) *
- Constancia de Situación Fiscal *
- Comprobante de domicilio de la organización*
- Identificación oficial del representante legal
- Identificación oficial del representante autorizado

- Comprobante de pago de ingreso de solicitud de certificación (Cuando haya sido aceptada la presente propuesta)*

**documentos obligatorios*

2. Será necesario para realizar la auditoría de certificación tener evidencia de la realización de una auditoría interna completa a todo el sistema, así como de la revisión por la dirección completa. Adicional se requerirá sea proporcionada la siguiente información del sistema de gestión:

- Copia del manual del sistema de gestión.
- Copia de los procedimientos del sistema de gestión.
- Copia de la descripción de los procesos clave de la organización.
- Copia de la descripción de la organización (organigrama).
- Copia de la lista maestra de control de documentos.
- Copia de cuestiones internas y externas pertinentes
- Copia de partes interesadas pertinentes y sus requisitos pertinentes
- Copia del alcance del sistema de gestión
- Copia de objetivos y su planificación
- Copia de identificación de riesgos pertinentes y planificación para su mitigación
- Copia del informe de su última auditoría interna
- Copia de los resultados de su última revisión por la dirección

Agradecemos de antemano esta información y no dude en contactarnos para cualquier tipo de aclaración al respecto.

AVISO DE PRIVACIDAD

De acuerdo con lo previsto en la "Ley Federal de Protección de Datos Personales", Qualis Audit Mexico, S.A.S. de C.V., declara que todo uso que se le dé a la siguiente información proporcionada será tratado de manera estrictamente confidencial. Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, redactando un documento en idioma español, dirigido a Qualis Audit Mexico, S.A.S. de C.V.; y hacerlo llegar por correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: privacidad@qualismexico.com.mx. Más información sobre nuestro Aviso de privacidad en la página: <https://www.qualismexico.com.mx>