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.

**Instrucciones:**

Debe requisitatodos los criterios solicitados (según aplique)

De ser necesario, puede anexar información que considere pertinente para el llenado del mismocomo: (organigrama de la empresa, interacción de procesos, etc).

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la empresa. |  |
| Razón Social  (solo en caso de ser diferente al nombre de la empresa) |  |
| Nombre y No. de Patente Aduanal del o los Agentes Aduanales incluidos en el Alcance de la certificación |  |
| Aduana(s) y sección autorizada por Patente Aduanal (Para QCB no considerar corresponsalías) |  |
| Nombre del Representante Legal |  |
| Nombre y Puesto del Representante Autorizado |  |
| e-mail |  |
| Datos Generales  (En caso de contar con domicilio fiscal distinto al domicilio de operación favor de especificarlo) | **Domicilio de la empresa:** |
| **Teléfono (s):** |
| **Fax:** |
| **Página electrónica:** |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Por qué medio se enteró de nosotros? |  |
| En caso de utilización de alguna organización de consultoría en materia de sistemas de gestión especifique el nombre o razón social |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Norma en la que busca la certificación Marque la opción deseada | ISO 9001:2015 |
| ISO 14001:2015 |
| ISO 13485:2003  ISO 13485:2016 |
| NMX-R-025-SCFI-2015 |
| NMX-R-026-SCFI-2016 |
| ISO 37001:2017 |
| Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tipo de Servicio Solicitado: Marque la opción deseada | Pre-auditoría |
| Auditoría de Certificación |
| Auditoría de Ampliación o Reducción de Alcance |
| Auditoría para Renovación de Certificado |
| Transferencia de Organismo |

|  |  |
| --- | --- |
| Alcance para certificar: |  |
| Defina el alcance deseado para la certificación incluyendo cuando sea aplicable **(sitios, unidades, áreas, departamentos, etc. en donde se hayan documentado e implementado el sistema o las practicas):**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | No. de Personal en la Empresa |
| Mencione los principales productos o servicios de su organización  **(Especifique el mayor número de detalles posibles):**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | No. de Personal involucrado en el alcance |
| Mencione las Leyes, reglamentos, normas, etc. que es necesario su cumplimiento o referencia para la elaboración del producto/ para la prestación del servicio**:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Mencione los departamentos/áreas/oficinas de su organización, involucrados en el alcance de su sistema de gestión:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | No. de Turnos |
| En caso de que los departamentos se encuentren ubicados en domicilios diferentes al reportado anteriormente, especifique:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

En caso de que el alcance deseado incluye multisitios favor de especificarlos

| **Multisitio / Sitios Adicionales** | | **Domicilio** | **Número de personal definido como mando** | | | **Número total de personal involucrado en el alcance** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Alto | Medio | Operativo |
| Sucursal | Servicio |  | **(a)** | **(b)** | **(c)** | ***D= a+b+c*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Relación con la Central o Matriz** | **Directa** | **Indirecta** |
| *La relación legal* |  |  |
| *Procesos realizados en cada sitio y la interacción con la plaza central.* |  |  |
| *Los elementos de la norma por certificar que aplican a cada sitio.* |  |  |

|  |
| --- |
| **\***En caso de sistemas de gestión de calidad multisitios se debe de cumplir con los siguientes requisitos: |
| 1. El sistema de calidad debe ser administrado por la sede central y debe ser revisado por la dirección central. 2. Todos los sitios incluidos en el alcance del sistema deben estar sujetas al programa de auditorías internas |

|  |
| --- |
| **Datos Exclusivos SGC (ISO 9001 / ISO 13485/ ISO 37001)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Aplica diseño en el alcance a certificar? | | |
| Si | No | ¿Por qué? (Argumente su respuesta) |
| Especifique los principales procesos incluidos en su Sistema de Gestión: | | |
| Especifique los procesos contratados externamente, en caso de existir: | | |
| Especifique si actualmente cuenta con un sistema de gestión certificado, alguna certificación o reconocimiento Ejemplo: MEG, HACCP, Responsabilidad Social, etc.**:** | | |
| Personal Involucrado en el Sistema de Gestión: (Anexe preferentemente organigrama de la organización) | | |

|  |
| --- |
| DATOS EXCLUSIVOS PARA ISO 14001 |
| Describa los principales aspectos e impactos ambientales resultantes de su operación. |
| Mencione los departamentos de su organización involucrados en el alcance de su Sistema de Gestión Ambiental |
| Especifique los principales procesos incluidos en su Sistema de Gestión Ambiental |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS EXCLUSIVOS PARA NMX-R-025-SCFI-2015 | | |
| **Especifique** | **Mujeres** | **Hombres** |
| **No. Total de trabajadores y trabajadoras** |  |  |
| *No. de Personas con discapacidad* |  |  |
| *No. de Personas mayores a 60 años* |  |  |
| *No. de Personas en la empresa* |  |  |
| *No. de Personal Sindicalizado* |  |  |
| *No. de Personal laborando por (Honorarios, Eventuales o especifique algún otro medio de contratación.)* |  |  |
| Tiempo de implantación de las prácticas de igualdad laboral en la empresa | |  |

|  |
| --- |
| **Finalmente es importante mencionar que su empresa deberá:** |
| **1.**       Facilitar la información necesaria en cualquier momento de la evaluación, esto con la finalidad de conocer de manera objetiva el estado del sistema de la empresa |
| **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. |
| **Agradecemos de antemano esta información y no dude en contactarnos para cualquier tipo de aclaración al respecto.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de quien requisita la solicitud:** |  |
| **Puesto:** |  |
| **Fecha:** |  |

**AVISO DE PRIVACIDAD**

De acuerdo con lo previsto en la “Ley Federal de Protección de Datos Personales”, Factual Services, S.C., 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 al Responsable de Seguridad de Información y hacerlo llegar por correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: [sugerencias@factualservices.com](mailto:sugerencias@factualservices.com).

Más información sobre nuestro Aviso de privacidad en la página:

<http://www.factual-services.com.mx>