Certificación  Re – Certificación

Transferencia  Modificación al alcance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de Organización:** |  | |
| **RFC:** |  | |
| **Dirección:** |  | |
| **Tel./Ext.:** |  | |
| **E-mail:** |  | |
| **Norma de referencia:** |  | |
| **Exclusiones:** |  | |
| **Fecha deseada para iniciar el proceso de certificación (sujeto a disponibilidad):** | |  |
| **Fecha deseada para realizar la Pre-auditoría (Si se requiere):** | |  |

1. FACTORES GENERALES QUE AFECTAN LA EVALUACIÓN

Para proporcionar una cotización lo más exacta posible, es necesario determinar los procesos y actividades involucradas en la organización y el estado de implementación de su sistema de administración de seguridad y salud en el trabajo (SST). Requerimos nos provea tanto detalle cómo le sea posible, le recordamos que la precisión de esta información afecta directamente el número de días de auditoria que deben ser utilizados y el costo correspondiente.

* 1. Descripción de la organización, tales como número de Sitios/Centros de Trabajo a ser evaluados e incluidos dentro del alcance de la certificación, incluyendo direcciones. (Exponga detalles en Anexo A)
  2. ¿Todos los Sitios/Centros de Trabajo operan bajo el mismo sistema de gestión?

Si

No, por favor describa, (Favor de usar una hoja por separado en caso necesario):

* 1. Alcance solicitado de la certificación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo que se desea certificar (Ver guía para definir alcance anexo en esta solicitud): (En caso de empresas multisitio incluir los sub-alcances para cada sitio).

**Nota:** *En caso de empresas multisitio incluir los sub-alcances para cada sitio y describa cuál es el sitio(s) donde se llevan a cabo las funciones centrales del sistema de gestión incluyendo el control del sistema de gestión, la planificación de las auditorías, las revisiones directivas y se dispone de autoridad en relación con la definición, establecimiento y mantenimiento de un único sistema de gestión a través de toda la organización.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Sitios** | **Alcance o sub-alcances** |
| *1. Función central* |  |
| *2.* |  |
| *3.* |  |

* 1. Indique el nivel de riesgo que representan cada uno de los sitios conforme a los criterios descritos a continuación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. | NO MUESTREABLE |
| 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. | MUESTREABLE |
| 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. | MUESTREABLE |
| 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. | MUESTREABLE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sitios** | **Nivel de Riesgo** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. ¿El alcance solicitado incluye más de una razón social?, (En caso de existir más de una razón social, favor de especificar:

Si, por favor describa

No

* 1. Complete la siguiente información:

¿Personal efectivo dentro del alcance de certificación?

Respuesta:

¿Número total de personal que labora en su organización??

Respuesta:

* 1. ¿El sistema de gestión cubre actividades fuera de sus instalaciones?

No

Si, Por favor describa:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sitios temporales** | **Detalles** | **Duración de proyectos** |
| *1. Función central* |  |  |
| *2.* |  |  |
| *3.* |  |  |
| *(Favor de usar una hoja por separado en caso necesario)* | | |

* 1. Para cada Sitio/Centro de Trabajo a ser evaluado, resuma brevemente cualquier obligación legal/normativa/legislación relevante/aplicable de seguridad y salud en el trabajo aplicables de sus procesos y operaciones para cada sitio o sitos, incluyendo licencias relacionadas.

|  |  |
| --- | --- |
| **Sitios** | **Actividad realizada/Requisito Legal/Normativa/Legislación Relevante/Aplicable Licencias relacionadas** |
| *1. Función central* |  |
| *2.* |  |
| *3.* |  |

* 1. ¿Información relacionada a procesos externos (outsourcing) usados por la organización que pueden afectar la conformidad del SGSST?
  2. ¿Su organización o alguna filial u Órgano Superior son actualmente clientes de AVR?

No

Si, por favor describa, nombre y características.

* 1. ¿Su organización mantiene certificado algún otro sistema de gestión (Calidad, sistema de gestión ambiental/otro?

No

Si, por favor describa el estándar y el organismo certificador

* 1. (solo para transferencias de certificación) ¿Está interesado en una cotización que incluya una transferencia de su actual certificador a AVR?

No

Si, por favor describa los siguientes puntos:

1. Estado actual de la certificación:

Vigente, Suspendido, Cancelado

1. Cuál es el siguiente tipo de auditoria planificada con su organismo actual:

Vigilancia 1, Vigilancia 2 , Recertificación

* 1. ¿La organización se suscribe de manera voluntaria a algún código de práctica de seguridad?

No

Si, por favor describa:

* 1. ¿Quién es el responsable del sistema de gestión de seguridad y salud laboral o persona autorizada para gestionar el proceso de la certificación?

Nombre:

Puesto:

Empresa Consultora: (en caso de ser aplicable)

Nombre de la persona(s) que realizaron labores de consultoría externamente:

* 1. ¿Describa condiciones que pueden afectar las actividades de certificación y auditoría?, tales como:

Lenguaje(s):

Condiciones de seguridad:

Si, por favor describa

No

Accesibilidad a las instalaciones del cliente o área operativa:

Si, por favor describa

No

Requisitos especiales, etc.:

Si, por favor describa

No

Riesgos:

Si, por favor describa

No

Traslados entre los diversos sitios a auditar:

Si, por favor describa

No

2. DATOS DEL SOLICITANTE

|  |  |
| --- | --- |
| Elaborado por: |  |
| Puesto: |  |
| Fecha: |  |
| Firma: |  |

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.

3. PERFIL DE SEGUIRDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. Por favor 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.
2. Elementos clave del SGSST

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** |
| ¿Se ha efectuado una revisión de la gestión de seguridad? |  |  |
| ¿Fue efectuada una revisión por el personal de la empresa? |  |  |
| ¿Hay una política de salud y seguridad en el trabajo documentada? |  |  |
| ¿Hay una descripción documentada del sistema de gestión? |  |  |
| ¿Hay objetivos y metas de SST establecidas y documentadas? |  |  |
| ¿Se han identificado y documentado los riesgos de seguridad y salud en el trabajo? |  |  |
| ¿Se han identificado los códigos o el marco normativo aplicables a las operaciones de la organización? |  |  |
| ¿Hay un programa para el logro de los objetivos y metas? |  |  |
| ¿Se ha establecido un programa de auditoría interna? |  |  |
| ¿Se ha efectuado una revisión de gerencia? |  |  |

4. REQUISITOS PARA INICIAR LA CERTIFICACIÓN

1. ¿La organización ha llevado a cabo y puede demostrar un ciclo completo de auditoría interna que incluya todos los sitios incluidos en el alcance?

Si  No

1. ¿La organización ha llevado a cabo y puede demostrar una revisión gerencial única para todos los sitios incluidos en el alcance al sistema de gestión?

Si  No

1. ¿La organización cuenta con una política y objetivos de seguridad y salud ocupacional establecidos?

Si  No

**4.4** 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 u hojas adicionales) SOLO ISO45001:2018

Respuesta:

**Nota 1**.- Las cotizaciones solicitadas por los clientes es totalmente gratuita.

**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**.- 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 auditoria interna, evaluación de resultados y requisitos regulatorios y estatutarios aplicables.

**Nota 4.-**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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Guía para definir el alcance** | | |
| *El alcance de la certificación es un enunciado documentado que cubre las actividades de la organización bajo los cuales se realizaran todo el proceso de certificación, el cliente debe definir con toda precisión los procesos, sitios y número de personas, actividades que definen el alcance que desea certificar, incluya la información documental del alcance solicitado para su organización, para definir el alcance apóyese en el siguiente recuadro:* | | |
| ***Actividad o procesos principales***  ***1*** | ***Peligros***  ***2*** | ***Severidad***  ***3*** |
| ***Ejemplo: Construcción de locales comerciales*** | | |
| **Actividad o procesos principales** | **Peligros** | **Severidad** |
| Construcción de estructuras y montaje de estructuras  Mantenimiento de equipo de construcción  Acabado de instalaciones de la infraestructura  Transportación de equipo e izaje para montaje de estructuras  Ventas  Compras y suministros | Caídas, electrocuciones, aplastamiento, quemaduras, afectaciones por ruido, atropellamientos  Cortaduras, quemaduras menores.  Caídas.  Papel y residuos de oficina  Papel, insumos de oficina  Resbalones  Resbalones | Alta  Media  Alta  Alta  Limitada  Limitada |
| **Un alcance típico para una empresa de construcción**  Diseño, ingeniería, construcción de locales para comercio | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 determinado: |  |

**Anexo A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sitios** | **Sitios con función central** | **Jerarquía de los sitios** | **Domicilio de sitios** | **Tipo (Temporal, Permanente, Virtual)** | **No. de turnos** | **Número de personas efectivas, por turno** | | | | | **Procesos y actividades realizadas** | **Procesos y actividades realizadas en cada sitio que son similares** | **Procesos y actividades realizadas específicas (Presencia de variaciones, requisitos contractuales y regulatorios no similares)** |
| **Ger.** | **Adm.** | **Téc.** | **Ope.** | **Otros.** |
| *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 |  |  |  |  |  |