[ ]  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 precisa, requerimos que determine el o los procesos y las actividades exactas bajo el control del sistema de gestión integral, el estado de implementación del sistema de gestión ambiente y sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Requerimos que nos provea tanto detalle cómo le sea posible.

* 1. Descripción de la organización, tales como número de Sitios/Centros de Trabajo a ser evaluados, incluyendo direcciones. (Usar Anexo A)
	2. ¿Las actividades de su organización solo son realizadas o ejecutadas en oficina?

[ ]  Si

[ ]  No

* 1. ¿Considera que los procesos de su organización cuentan con un alto nivel de automatización en sus procesos?

[ ]  Si

[ ]  No

* 1. Alcance solicitado de la certificación del sistema de gestión de calidad (Ver guía para definir alcance anexo en esta solicitud):

**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 y norma a certificar por sitio** |
| *1. Función central* |  |
| *2.* |  |
| *3.* |  |

* 1. ¿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. Bajo el alcance de certificación solicitado, ¿Número de personas efectivas que laboren en la organización?

Respuesta:

* 1. Indique si su organización cuenta con personal que realice actividades repetitivas.

[ ]  No

[ ]  Si, Por favor describa:

|  |  |
| --- | --- |
| **Puesto** | **Describa las actividades repetitivas y número de personal** |
| *1.* |  |
| *2.* |  |
| *3.* |  |

* 1. Indique si su organización, ¿cuenta con personal que realice actividades fuera de oficina? (por ejemplo, vendedores, conductores, personal de servicio)

[ ]  No

[ ]  Si, Por favor describa:

|  |  |
| --- | --- |
| **Puesto** | **Describa las actividades fuera de oficina y número de personal** |
| *1.* |  |
| *2.* |  |
| *3.* |  |

* 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, describa los aspectos significativos de sus procesos y operaciones, así como cualquier obligación legal/normativa/legislación relevante/aplicable al producto o servicio y como las identifica, incluyendo licencias relacionadas con sus sitios y operaciones:

|  |  |
| --- | --- |
| **Sitios** | **Legal/Normativa/Legislación Relevante/Aplicable Licencia relacionadas** |
| *1. Función central* |  |
| *2.* |  |
| *3.* |  |

* 1. ¿Información relacionada a procesos externos (outsourcing) usados por la organización que pueden afectar la conformidad del SGI?

Respuesta:

* 1. ¿Su organización o alguna filial u Órgano Superior son actualmente clientes de AVR?

[ ]  No

[ ]  Si, por favor describa, nombre y características/órgano superior (si es aplicable)

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

[ ]  No

[ ]  Si, describa el estándar y el organismo de certificador

* 1. (solo 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. ¿Quién es el responsable del sistema de gestión o persona autorizada para gestionar el proceso de la certificación?

Nombre:

Empresa Consultora: (en caso de ser aplicable)

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

* 1. ¿Quién es el responsable de diseño y desarrollo del producto o servicio?

[ ]  No aplica

[ ]  La organización

[ ]  Cliente

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

Lenguaje(s):

Condiciones de seguridad o equipo de seguridad:

Accesibilidad a las instalaciones del cliente o área operativa:

Requisitos especiales, etc.:

Riesgos:

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

[ ]  No

[ ]  Si, por favor describa:

2. PERFIL AMBIENTAL

1. Por favor adjunte cualquier información públicamente disponible en relación con su organización y la gestión ambiental
2. Por favor describa las instalaciones, su situación geográfica y los aspectos e impactos ambientales relacionados
3. Por favor indique si hay sitios de alto interés de conservación de naturaleza en proximidad al sitio
4. Problemas técnicos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** |
| ¿Tiene alguna concesión o licencia para descarga de agua? |  |  |
| ¿Usted está registrado para portar desechos? |  |  |
| ¿El sitio cubre los requerimientos legales para las instalaciones peligrosas? |  |  |
| ¿Opera en algún territorio contaminado? |  |  |
| ¿En sitio existe alguna generación de energía? |  |  |
| ¿Se lleva a cabo algún tratamiento de emisiones en el sitio? |  |  |

1. Desarrollo del sistema de gestión ambiental

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** |
| ¿Se ha llevado a cabo una revisión ambiental preparatoria? |  |  |
| ¿Tiene alguna política ambiental documentada? |  |  |
| ¿Se han identificado y controlado los aspectos ambientales relevantes? |  |  |
| ¿Se han fijado objetivos y metas ambientales? |  |  |
| ¿Se ha puesto en marcha un programa para lograr los objetivos y metas? |  |  |
| ¿Se ha preparado una descripción documentada del sistema? |  |  |
| ¿Todo el personal conoce acerca del sistema de gestión ambiental? |  |  |
| ¿Se ha iniciado un programa de auditorías internas? |  |  |
| ¿Han sido identificados y gestionados los riesgos al desempeño ambiental? |  |  |
| ¿Ha sido considerado el enfoque de ciclo de vida en las actividades que afectan el desempeño ambiental de la organización? |  |  |

1. Tipo de residuos que generan

|  |  |
| --- | --- |
|  | Los residuos generados por su organización poseen alguna de las siguientes características: |
| [ ]  | 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). |
|  | Por favor haga una breve descripción de los tipos de residuos que genera su organización: |

1. Clasificación de generador de residuos

|  |  |
| --- | --- |
|  | ¿Que cantidad de residuos al año genera su organización?: |
| [ ]  | A. Igual o mayor de 10 toneladas; |
| [ ]  | B. Menor de 10 toneladas pero mayor a 400 kilogramos; |
| [ ]  | C. igual o menor a 400 kilogramos. |
|  | Por favor, indique cual es la cantidad de residuos anuales que genera su organización: |

1. Tipo de impacto ambiental

|  |  |
| --- | --- |
|  | ¿Las actividades de su organización que tipo de impacto ambiental tiene? |
| [ ]  | 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). |
|  | Por favor, describa que plazo de tiempo tienen las actividades de su organización y como obtuvo este resultado. |

1. Gestión de aspectos e impactos ambientales:

|  |  |
| --- | --- |
|  | ¿Quien tiene la responsabilidad y gestiona los 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. |

3. PERFIL DE SEGUIRDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. Por favor describa las instalaciones, su situación geográfica y los 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. DATOS DEL SOLICITANTE

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

5. PERFIL DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN

**5.1** Seleccionar los elementos de nivel de integración de su sistema de gestión

[ ]  1. Un conjunto de documentación integrados, incluyendo instrucciones de trabajo a un buen nivel de desarrollo, según corresponda;

[ ]  2. Revisiones de gestión que consideran el plan y la estrategia global de negocios;

[ ]  3. Un enfoque integrado de las auditorías internas;

[ ]  4. Un enfoque integrado de políticas y objetivos;

[ ]  5. Un enfoque integrado de los procesos de sistemas;

[ ]  6. Un enfoque integrado de los mecanismos de mejora (acción correctiva y preventiva; medición y mejora continua); y,

[ ]  7. Soporte de gestión integral y responsabilidades.

6. 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 al sistema de gestión 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 ambientales establecidos?

Si [ ]  No [ ]

* 1. ¿La organización ha identificado, evaluado y abordado los riesgos al producto/servicio y a los procesos incluidos en el alcance de la certificación?

Si [ ]  No [ ]

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

|  |
| --- |
| **Guía para definir el alcance** |
| *El alcance de la certificación es un enunciado que cubre las actividades de la organización, incluya la información de su organización para definir el alcance:* |
| ***Actividades o procesos principales*** | ***Impacto ambiental*** | ***Significancia*** |
| ***Ejemplo: Construcción de locales comerciales*** |
| **Actividades o procesos principales** | **Impacto ambiental** | **Producto o servicio** |
| Construcción de estructuras y montaje de estructurasMantenimiento de equipo de construcciónAcabado de instalaciones de la infraestructuraTransportación de equipo e izaje para montaje de estructurasVentasCompras y suministros | Desechos metálicos, plásticos, pintura, solventes, trapos, escombro,Desecho de filtros, aceitesDesechos de insumos eléctricos, residuo, pintura, solventes, trapos, material de limpiezaEmisiones a la atmosferaPapel y residuos de oficinaPapel, insumos de oficina | AltaMediaAltaBajaLimitadaLimitada |
| **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 |  |  |  |  |  |