

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



El correcto llenado de esta solicitud es importante para ofrecerle un servicio de acuerdo a la realidad de su organización. (Llenar los campos en color gris, en el caso un campo de selección, marcar con una "X")

1. Datos Generales para la certificación		
	Nombre	DOMICILIO
Nombre de la Organización (Razón social o Persona Física) que administra el Sistema de Gestión		
Nombre de la Organización (Razón social o Persona Física) (cuando aplica más de una razón social)		
Nombre Comercial (cuando aplique y solicite el cliente)		NA
Dirección General		
Representante autorizado		
Teléfono / Ext:		
Correo electrónico:		

2. ¿Qué certificación requiere?			
ISO 9001:2015	ISO 21001: 2018	NMX-SAST-001	
ISO 14001:2015	ISO 37001:2016	ISO 50001:2011	
ISO 45001:2018	ISO 22000:2018	ISO 50001:2018	
FSSC 22000	FSSC 22000 - Q	ISO 22000:2005	

3. Alcance de la certificación
<i>(Ejemplo 1 : Diseño, Fabricación, comercialización y distribución de productos alimenticios, etc..)</i>
<i>(Ejemplo 2 : Prestación de servicios de comercialización y almacenamiento de productos alimenticios, etc..)</i>

4. ¿Cuáles son sus procesos clave para la realización de las actividades descritas en el inciso anterior, y de contar con procesos contratados externamente indicar cuáles son?

5. Estatus del sistema de gestión	En caso de responder No, Especifique los tiempos respectivos para cada actividad:		
¿Ha realizado al menos una revisión por la dirección?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha realizado al menos una auditoría interna?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Su sistema cuenta con al menos 3 meses de implementación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



6. Sitios					
Nombre del Sitio (calle, no. exterior, no. interior, colonia, delegación /municipio, ciudad, código postal, estado y país)		Contacto y Teléfono	Número de empleados involucrados en el proceso a certificar	% de empleados con actividad repetitiva (ejemplo: 60 %) Actividad (Ejemplo: ensambladores, telefonistas, etc.)	Procesos que se ejecutan / Productos
Oficina central					
*Permanentes					
**Temporal					

Oficina central: El sitio responsable de controlar el sistema de gestión. La oficina central es donde el control operativo y la autoridad de la alta dirección de la organización se ejercen sobre cada sitio.

* **Sitio Permanente:** Un sitio es un lugar donde una organización realiza su trabajo o servicio de forma permanente.

** **Sitio temporal:** Un sitio temporal es una instalación realizada por una organización para realizar un trabajo específico por un periodo de tiempo definido y que no se convertirá en sitio permanente (por ejemplo sitios de construcción).

7. Fechas tentativas para la realización de su auditoría (En qué fechas consideraría recibir la auditoría. (Etapa 1: Revisión documental, Etapa 2: Auditoría de Certificación-Renovación))		
Auditoría Etapa 1 Mes / Año	Auditoría Etapa 2 Mes / Año	Auditoría de Ampliación o Reducción Mes / Año

8. En caso de haber requerido servicios de un consultor o empresa consultora externa a su organización, proporcionar los siguientes datos (*Obligatorio)	
(*) Nombre de la Organización:	
(*) Nombre del consultor:	
Teléfono:	
Email:	

Notas importantes:

- La organización solicitante asume la responsabilidad del cumplimiento de las leyes vigentes sobre el producto que fabrica o sobre el servicio que provee, a partir del llenado de la presente solicitud y hasta abandonar el programa de certificación del IMNC.
- La recepción de la presente solicitud por parte del IMNC, no implica la certificación de la organización.
- Para certificación de sistemas de Gestión integral emplee anexo A
- Para certificación de sistemas de gestión energía emplee anexo B
- Para certificación de sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo emplee anexo C
- Para certificación de sistemas de gestión de inocuidad de alimentos y requisitos adicionales de FSSC 22000 emplee anexo D

Toda la información proporcionada será tratada de manera estrictamente CONFIDENCIAL por parte del IMNC
Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada en la presente solicitud es verdadera

Fecha de entrega de solicitud:

Revisado por: _____
Nombre del ejecutivo comercial

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



Anexo A Sistemas de Gestión Integrales

El presente anexo solo se debe llenar para servicios integrales.

Un sistema de gestión integrado se describe cuando la organización utiliza un único sistema de gestión para gestionar múltiples aspectos de desempeño de la organización.

1. ¿Cuenta con un conjunto de documentación integrado para todas las normas, que incluye instrucciones, procedimientos de trabajo para un buen nivel de desarrollo según corresponda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿La Revisión por la dirección considera la estrategia y el plan general del negocio o estratégico se lleva a cabo de forma integrada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Cuenta con un enfoque integrado para las auditorías internas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Cuenta con un enfoque integrado de política y objetivos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Se cuenta con un enfoque integrado para los procesos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Se cuenta con un enfoque integrado para los mecanismos de mejora (acciones correctiva, y acción preventiva, medición y mejora continua)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Las responsabilidades del personal para cada sistema de gestión se documentaron de manera integrada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



Anexo B Sistemas de Gestión de la Energía

El presente anexo solo se debe llenar para servicios de certificación de sistemas de gestión de la energía.

		Emplazamiento					
Nombre del Sitio (calle, no. exterior, no. interior, colonia, delegación /municipio, ciudad, código postal, estado y país.)	Consumo de energía anual (TJ)	Procesos que se ejecutan o Actividades/ Productos	Tipos de energía o fuentes de energía	Número de uso significativo de la energía	Numero de fuentes de energía	Número de personal eficaz del SGen (1)	
						Personal Tiempo Completo***	Personal Medio Tiempo****
Oficina central							
* Permanentes							
** Temporal							

* **Oficina central:** El sitio responsable de controlar el sistema de gestión. La oficina central es donde el control operativo y la autoridad de la alta dirección de la organización se ejercen sobre cada sitio.

* **Sitio Permanente:** Un sitio es un lugar donde una organización realiza su trabajo o servicio de forma permanente.

** **Sitio temporal:** Un sitio temporal es una instalación realizada por una organización para realizar un trabajo específico por un periodo de tiempo definido y que no se convertirá en sitio permanente (por ejemplo sitios de construcción).

(1) El personal eficaz de SGen se debe considerar el personal que impacta materialmente el SGen incluyendo: la Alta Dirección, representante(s) de la Dirección, equipo de gestión de la energía, persona(s) responsable(s) de los cambios mayores que afectan el desempeño energético, persona(s) responsable(s) de la efectividad del SGen, persona(s) responsable(s) de desarrollar, implementar o mantener las mejoras en el desempeño energético incluyendo el alcance, las metas y los planes de acción; y persona(s) responsable(s) de los usuarios significativos de la energía.

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



Anexo C

Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo

El presente anexo solo se debe llenar para servicios de certificación de sistemas de gestión de la SST.

Sitios									
Nombre del Sitio (calle, no. exterior, no. interior, colonia, delegación /municipio, ciudad, código postal, estado y país.)	Procesos que se ejecutan o Actividades/ Productos	Producto(s)	Identificación de peligros clave y los riesgos asociados a los procesos	Principales materiales peligrosos utilizados en los procesos	Número de personal que labora en el sitio		Número de personal de Contratistas, Subcontratistas sobre el cual su Organización tenga control o influencia y que pueda tener impacto en el desempeño del SGSST		
					Personal Tiempo Completo ***	Personal Medio Tiempo ****	Personal Tiempo Completo *****	Personal Medio Tiempo ****	
Oficina central									
*Permanentes									
**Temporal									

* **Oficina central:** El sitio responsable de controlar el sistema de gestión. La oficina central es donde el control operativo y la autoridad de la alta dirección de la organización se ejercen sobre cada sitio.

* **Sitio Permanente:** Un sitio es un lugar donde una organización realiza su trabajo o servicio de forma permanente.

** **Sitio temporal:** Un sitio temporal es una instalación realizada por una organización para realizar un trabajo específico por un periodo de tiempo definido y que no se convertirá en sitio permanente (por ejemplo sitios de construcción).

*** **Personal tiempo completo.** Personal con actividades de ocho horas laborales por jornada de trabajo.

**** **Personal de medio tiempo.** Personas con menos de cuatro horas laborables por jornada de trabajo.

Las consideraciones para determinar el número efectivo de empleados incluyen personal de medio tiempo, aquellos que trabajan en turnos, personal administrativo y de todas las categorías de oficina, y procesos similares o repetitivos.

Requisitos legales y/o legislación aplicables al SGSST

Indique brevemente los documentos normativos, legales y reglamentarios (leyes, normas, otros) que debe cumplir su organización para la realización de sus productos o servicios.

¿Si la organización cuenta con personal que trabaja fuera de las instalaciones de la organización, detalle que actividades desarrolla y dónde se desarrollan?

No. de empleados	Actividad	Ubicación	Condiciones de seguridad y salud de los trabajadores

Nota: el personal que trabaja fuera de las instalaciones es aquel que desarrolla labores o actividades en campo y pertenece a un sitio central, permanente o temporal.

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



Anexo D

Sistemas de gestión de inocuidad de los alimentos y requisitos adicionales FSSC 22000

Defina el alcance de la certificación del sistema de gestión de la inocuidad de los alimentos en términos de las actividades (Categorías de la cadena alimentaria) y categorías de producto que están incluidas

CATEGORIAS DE LA CADENA ALIMENTARIA				
	CATEGORÍA	SUBCATEGORIA	EJEMPLO DE ACTIVIDADES INCLUIDAS	
C	Manufactura de Alimentos	Ci Procesado de productos perecederos de animal	Producción de productos de origen animal incluyendo pescado y mariscos, carne; huevos, lácteos y productos de pescados	<input type="checkbox"/>
		Cii Procesado de productos perecederos de plantas	La producción de productos de plantas, incluidas las frutas y jugos frescos, verduras, granos, nueces y legumbres	<input type="checkbox"/>
		Ciii Procesamiento de productos perecederos de animales y plantas(productos combinados)	La producción de productos animales y vegetales mixtos que incluyen pizza, lasaña, sandwich, dumpling, listos para ser degustados	<input type="checkbox"/>
		Civ Procesamiento de productos estables en condiciones ambientales	Fabricación de productos alimenticios procedentes de cualquier fuente que se almacenan y se venden a la temperatura ambiente, incluyendo alimentos enlatados, galletas, aperitivos, aceite, agua potable, bebidas, pastas, harina, azúcar, sal de calidad alimentaria	<input type="checkbox"/>
E	Catering		Preparación, almacenamiento y, en su caso, la entrega de alimentos para el consumo, en el lugar de preparación o en una unidad satélite	<input type="checkbox"/>
I	Producción de material para envases y embalajes para alimentos		Producción de material para envases y embalajes para alimentos	<input type="checkbox"/>

Favor de indicar los programas pre-requisitos que tiene implementados

¿Cuánto tiempo tiene funcionando su sistema de gestión de la inocuidad de los alimentos?

¿Cuántos PCC's fueron identificados dentro de las actividades del sistema HACCP que está operando?

En caso de los productos de temporada, indique el periodo de producción para categoría de producto incluido en el alcance

Indique el horario de las principales líneas de producción incluidas en el alcance

Indique si hay un cambio en la operación o actividades del sistema fuera del horario o días de trabajo

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



Si su organización cuenta con más de un sitio, indicar en la siguiente tabla la información requerida para cada uno de los sitios.

Nombre del Sitio (calle, no. exterior, no. interior, colonia, delegación /municipio, ciudad, código postal, estado y país.)	Procesos que se ejecutan o Actividades/ Productos	Número de empleados		¿Si su operación está dividida por turnos, cuantas personas hay por turno			Numero de Planes HACCP para cada uno de los sitios.
		Personal Tiempo Completo***	Personal Medio Tiempo****	1	2	3	
Oficina central							
*Permanentes							
**Temporal							

* **Oficina central:** El sitio responsable de controlar el sistema de gestión. La oficina central es donde el control operativo y la autoridad de la alta dirección de la organización se ejercen sobre cada sitio.

* **Sitio Permanente:** Un sitio es un lugar donde una organización realiza su trabajo o servicio de forma permanente.

** **Sitio temporal:** Un sitio temporal es una instalación realizada por una organización para realizar un trabajo específico por un periodo de tiempo definido y que no se convertirá en sitio permanente (por ejemplo sitios de construcción).

*** **Personal tiempo completo.** Personas con actividades de ocho horas laborales por jornada de trabajo.

**** **Personal de medio tiempo.** Personas con menos de cuatro horas laborables por jornada de trabajo.

Las consideraciones para determinar el Número de empleados equivalente a tiempo completo (**T_{FTE}**) incluyen personal de medio tiempo, aquellos que trabajan en turnos, personal administrativo y de todas las categorías de oficina, y procesos similares o repetitivos.

Indique si cuenta con otros sistemas de gestión certificados (como el HACCP holandés, la norma ISO 22000 o ISO 9001) o esquemas de certificación reconocidos por la GFSI (ej BRC, Global GAP, SQF)	
Indique si cuenta con almacenes externos, con oficina central por separado y con actividades externas.	

Firma del representante de la organización:	
Fecha de entrega de la solicitud:	
Nombre y firma de la personal del IMNC, A.C. que recibe la solicitud:	

Notas importantes:

- La organización solicitante asume la responsabilidad del cumplimiento de las leyes vigentes sobre el producto que fabrica o sobre el servicio que provee, a partir del llenado de la presente solicitud y hasta abandonar el programa de certificación del IMNC, A.C.
- La recepción de la presente solicitud por parte del IMNC, A.C. no implica la certificación de la organización.
- Toda la información proporcionada será tratada de manera estrictamente CONFIDENCIAL por parte del IMNC, A.C.