|  |
| --- |
| Por favor complete este cuestionario y enviarlo a LMS CERTIFICATION SERVICES LATAM S.A.C. quien luego le ofrecerá una propuesta de servicio (Cotización). Está información será tratada de manera confidencial y no será revelada o discutida con terceros. |
| Por favor **complete todos los campos**, en caso no aplique coloque N.A., si tiene consultas comunicarse a las direcciones de correos indicas al final de este formato. |
| Nombre de la empresa: |   |
| Dirección: |   |
|   |
|  RUC: |   |
| Rubro de la empresa(Producto o servicio) |  |
| Ciudad |   | País |   |
| Número de Teléfono: |    |
| Nombre de contacto autorizado: |   | Cargo: |   |
| Correo electrónico: |    |
| Sitios web: |  |
| Detalle del servicio a solicitar (marca con x): |
| Certificación |  | Ampliación de alcance |  | Reducción de alcance |  | Renovación de certificación |  | Transferencia de certificación |  |
| Norma(s): |  | Detalle requisitos no aplicables de su sistema de gestión y justifique (exclusiones) |  |
| Indicar la acreditación que requiere (INACAL o KAB): |   | Indicar si es un servicio no acreditado (SI o NO): |   |
| Idioma: |  |
| Alcance de la certificación: |
|    |
| Incluir número y direcciones de las sedes que estarán dentro del alcance de la certificación: |
| N° Sede/ Proyecto | Dirección | Actividades que se realizan en la sede | N° Turnos y Horarios | Describa los puestos de trabajo por sede (Ejm: 1.Gerente, 2.Administrador, 3.Operario, etc) | N° de personas por cada puesto de trabajo (Ejm: 1. Gerente General (1), 2. Administrador (3), 3. Operario (8) | N° Total de trabajadores |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Total de trabajadores |  |
| Sistemas de gestión integrados (marcar con una X) |
|  | SI | NO |
| ¿Desea que se audite sus sistemas de gestión como un sistema de gestión integrado? |  |  |
| ¿Qué porcentaje de integración presenta su sistema de gestión integrado? |  |  |
| ¿Cuenta con Política, objetivos integrados? |  |  |
| ¿Cuenta con auditoría interna y revisión por la dirección integrados? |  |  |
| ¿Cuenta con documentación integrada, por ejemplo: procedimientos, manuales? |  |  |
| Detalle los procesos de su organización(Adjuntar mapa de procesos o similar) |  |
| Detalle de la estructura organizacional (Adjuntar organigrama) |  |
| ***Detalle los procesos contratados externamente e indique el número de los trabajadores (Ejemplo: Trabajos en altura (10) trabajadores, Mantenimiento (5), Troquelado (12), Empaquetado (3), entre otros).*** |  |
| Detalle las obligaciones legales que aplican a la organización(Leyes, reglamentos, permisos, licencias, autorizaciones, entre otros, puede adjuntar el listado de requisitos legales aplicables) |  |
| ¿Produce su organización vertidos industriales (que no sean aguas domésticas)? Brinde detalles(Aplica para ISO 14001) |  |
| ¿Produce su organización vertidos industriales que no sean aguas domésticas? Brinde detalles(Aplica para ISO 14001) |  |
| Ha tenido reclamaciones con respecto a ruidos y molestias (humo, polvo, gases, malos olores) procedentes de sus instalaciones? Brinde detalles(Aplica para ISO 14001) |  |
| ¿Ha tenido incidentes o sanciones medioambientales? Brinde detalles(Aplica para ISO 14001) |  |
| Peligros significativos y riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores (Aplica para ISO 45001) |  |
| Principales materiales peligrosos utilizados (aplica para ISO 45001) |  |
| Personas externas a su organización que laboran o realizan trabajos bajo el control o influencia del Sistema de Gestión de la Seguridad ySalud en el Trabajo (aplica para ISO 45001)  |  |
| Recursos técnicos (equipamiento necesario para sus actividades, software) |  |
| Número aproximado de subcontratistas: |   | Describir el (los) tipo(s) de trabajo subcontratado: |   |
| Aproximadamente ¿Qué % del trabajo total de su organización es subcontratado? |   | Aproximadamente, ¿Qué % del trabajo se lleva a cabo en las instalaciones del cliente? |  |
| Plan HACCP (validado), cuando aplique: Si o no |  |
| ¿Actualmente cuenta con certificación de su(s) sistema(s) de gestión? (Mencione el nombre del Organismo certificador) |   |
| ¿Cuándo estará listo para la auditoría Etapa 1? | Fecha: |   |
| Transferencia de certificación (en caso aplique): |
| Enviar la siguiente documentación:1. Informe de la última auditoría interna.
2. Revisión de la última revisión por la dirección.
3. Último informe de auditoría de certificación o documento equivalente.
4. Registro de tratamiento de las No Conformidades identificadas en la última auditoría de certificación.
5. Evidencia del levantamiento de las No Conformidades identificadas.
 |  |
| Número de certificado | Norma | Fecha de validez | Organismo certificador |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Está activos sus certificados y no corren riesgo de suspensión? (Si / No) |  |
| No cancele el certificado con su organismo de certificación actual hasta que LMS CERTIFICATION SERVICES LATAM S.A.C. haya completado el proceso de transferencia y usted haya recibido un certificado de LMS CERTIFICATION SERVICES LATAM S.A.C. |
| ¿Cómo se enteró de LMS CERTIFICATION SERVICES LATAM S.A.C.? |   |
| ¿Fueron asesorados por un consultor u organización en el desarrollo de su(s) sistema(s) de gestión? | Si / No: |   |
| Nombre de la empresa consultora: |  |
| Nombre(s) de(l) consultor(es): |  |
| Sitios web (Página web, redes sociales, etc.): |   |
| Nombre de la persona responsable de este contenido (Preferible firma) |    | Fecha: |   |
| **Por favor envíe este registro a:** info@lms-cert.com |
| Campo a ser completado por el personal de ***LMS CERTIFICATION SERVICES LATAM S.A.C.*** |
| Revisión de la solicitud (Marcar con X en la opción) |
|  | SI | NO |
| 1. La información relativa a la organización solicitante y a su sistema de gestión es suficiente para desarrollar un programa de auditoría. |  |  |
| 2. Se ha resuelto cualquier diferencia de entendimiento conocida, entre LMS CERTIFICATION SERVICES LATAM S.A.C. y la organización solicitante. |  |  |
| 3. Se cuenta con la competencia y la capacidad para llevar a cabo la actividad de certificación. |  |  |
| 4. Se tienen en cuenta el alcance de la certificación solicitada, las ubicaciones donde la organización solicitante lleva a cabo sus operaciones, el tiempo requerido para completar las auditorías y cualquier otro asunto que tenga influencia sobre la actividad de certificación (idioma, condiciones de seguridad, amenazas a la imparcialidad, entre otros). |  |  |
| 4. Logistica, transporte a sitio. |  |  |
| 5. Herramientas/ equipos tecnológicos. |  |  |
| Conclusión (Marcar con X en la opción) |
|  | SI | NO | Comentarios |
| 1. Se acepta la solicitud |  |  |  |
| 2. Se rechaza la solicitud |  |  |  |
| Responsable de la revisión(Preferible firma) |  | Fecha: |  |