|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 y  Salud 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: | | | | | |  | | | |