



Solicitud de Servicios de Certificación

| | | | |
|--------------|----------------|-------------------------|----------------|
| Revisión: 01 | Fecha: 24-4-18 | Código: VALT-FOR-010-01 | Página: 1 de 2 |
|--------------|----------------|-------------------------|----------------|

La información consignada en el presente documento es confidencial y nos permitirá presentarle una propuesta acorde con las necesidades de su organización. La oportunidad y exactitud en su información permitirá planificar las actividades necesarias para el otorgamiento de la certificación y obtener mejores resultados.

| | | |
|--------|--------|--------------------|
| Ciudad | FECHA: | Núm. de solicitud: |
|--------|--------|--------------------|

MEDIO EMPLEADO

| | | |
|-------------|------------------|-------------|
| Teléfono: | E-Mail: | Radicación: |
| Presencial: | Correspondencia: | |

I. IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

| | |
|-------------------------------|---------|
| Razón Social: | RFC: |
| Representante Legal: | Cargo: |
| Dirección: | Ciudad: |
| Teléfono: | Fax: |
| E-mail: | |
| Contacto (Representante SGC): | Cargo: |
| Dirección: | Ciudad: |
| Teléfono: | Fax: |
| E-mail: | |

II. TIPO DE SOLICITUD

Señale con una x el tipo de solicitud a realizar:

| | | |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Otorgamiento: _____ | Ampliación: _____ | Retiro: _____ |
| Renovación: _____ | Reducción: _____ | Suspensión: _____ |
| Transferencia: _____ | | |

III. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Si la organización requiere la certificación de más de un sitio, debe especificar la información del ítem III y IV para cada sitio:

Dirección Sitio Adicional: _____

| | |
|------------|---------|
| Contacto: | Cargo: |
| Dirección: | Ciudad: |
| Teléfono: | Fax: |
| E-mail: | |

Norma con la cual se desea certificar:

Alcance deseado de la certificación:

Nota: El alcance de la certificación es la que aperecerá en el certificado y será evaluada.

Exclusiones (numerales de la norma que considera que no aplica al sistema de gestión de la calidad de su organización):

Identifique los principales clientes de su organización:

Identifique los Materiales que son utilizados en su organización:

Normas u otros requisitos para los cuales la organización solicita la certificación:

IV. DESCRIPCIÓN DEL PERSONAL

Número de empleados involucrados en el Sistema de Gestión de la Calidad a certificar:

| Empleados de tiempo completo: | Empleados temporales: |
|-------------------------------|-----------------------|
| Cargo | Número de Personas |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Solicitud de Servicios de Certificación

Revisión: 01

Fecha: 24-4-18

Código: VALT-FOR-010-01

Página: 2 de 2

Indique el personal subcontratado que se encuentra incluido dentro del alcance del Sistema de gestión de la Calidad a certificar:

| Organización subcontratada | Objeto/cargo | Número de Personas |
|----------------------------|--------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Indique la cantidad de personas que laboran en los turnos y en cuáles actividades:

Turno 1:

Turno 2:

Turno 3:

Indique los horarios de los turnos:

Turno 1:

Turno 2:

Turno 3:

Nota: Se analizará el Estudio Conflictos de Intereses Solicitantes (VALT-FOR-005-03) que se anexa a esta solicitud.

V. GENERALIDADES

Indique si es financiado por alguna entidad y el nombre de la misma:

Indique el idioma de la auditoría y el informe:

Indique la Dirección a la cual desea se le envíe toda la información:

Indique la fecha estimada para la certificación

Observaciones:

VI. ESPACIO PARA OBSERVACIONES EXCLUSIVO DEL VALT

Fecha de recepción de la solicitud:

Verificación de la documentación realizada por:

Fecha de trámite:

Código: