|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de Solicitud** |  |

|  |
| --- |
| **TIPO DE TRÁMITE** |
| Certificación |  | Renovación |  | Ampliación |  | Actualización |  |
| Reducción |  | ASRP\* |  | Transferencia de Certificado |  | Otro. |  |
| Comentarios: |  |
| \*ASRP (Procedimiento Avanzado de Seguimiento y Recertificación), solo cuando la empresa ha demostrado en forma permanente la eficacia de su SGC Sistema de Gestión de la Calidad, por un periodo de por menos un ciclo completo de certificación y se someterá a evaluación de ANACE, para aprobar o no, si su organización es candidata para este esquema. |

|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES** |
| Razón Social |  |
| Dirección Fiscal |  |
| RFC |  |
| Integración de Capital Social | % Nacional: |  | %Extranjero |  |
| Representante Autorizado.**(Contacto oficial entre el Cliente y ANACE)** | Nombre: |  |
| Puesto: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Nombre, No. de Patente Aduanal del o los Agentes Aduanales incluidos en el Alcance de la certificación |  |
| Aduana(s) autorizada por Patente Aduanal.NOTA: Para QCB no considerar corresponsalías |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Coloque el Número de Aduana en el Tráfico que aplique.**  | Aéreo | Marítimo | Terrestre | Ferroviario | Otros |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ALCANCE A CERTIFICAR** |
| **Marque con una “X” la opción correspondiente.** |
| Normas de referencia | **ISO 9001:2015** Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos  |  |
| **NMX-R-026-SCFI-2016** SERVICIOS ADUANALES – Calidad de los Servicios Proporcionados por el Agente Aduanal, Requisitos. (En adelante referenciada como QCB). |  |
| Ambas |  |
| Si su respuesta es ambos, defina el nivel de integración de su SGC: | Totalmente separado  |  |
| Parcialmente integrado  |  |
| Completamente integrados los sistemas de gestión |  |
| Si su respuesta es ambos, defina la habilidad del personal durante la auditoría interna combinada para responder a las preguntas referentes a cada norma del SGC. | Alto grado de habilidad |  |
| Regular grado de habilidad |  |
| Bajo grado de Habilidad |  |
| Leyes y Reglamentos Aplicables |  |
| Describa el alcance de su SGC de acuerdo a su Manual de Calidad Vigente.Tomando como referencia el campo de aplicación de la norma de referencia. | **Para QCB** | **Para ISO** |
|  |  |
| Mencione los procesos a certificar y una breve descripción de los mismos. | **Para QCB** | **Para ISO** |
| **Procesos Operativos:** Son los procesos que se deben llevar a cabo para realizar un producto o servicio |  |  |
| **Procesos de Soporte:** Estos proceso sirven de apoyo para realizar las actividades operativas de la organización.  |  |  |
| **Proceso Administrativos:** Son los enfocados a la dirección y revisión de la organización, definen a la dirección hacia donde se dirige el SGC, definen las políticas y los objetivos. |  |  |
| Indique las **No aplicabilidades para ISO 9001** o la **opción para QCB** de su SGC para las normas de referencia solicitadas de acuerdo a su Manual de Calidad Vigente. | **Opción Para QCB** | **No Aplicabilidad** **Para ISO** |
|  |  |
| Fecha de realización de la última auditoría interna |  | Fecha de realización de la última Revisión por la Dirección |  |

|  |
| --- |
| **DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SGC** |
| ¿Se diseñó e implemento el Sistema de Gestión de la Calidad con apoyo de una Organización de Consultoría? | **SI** | **NO** |
|  |  |
| Indique el Nombre de la Empresa Consultora **y del Consultor** |  |
| Tiempo de diseño e Implementación del SGC |  |
| Indique en qué % se tiene implementado su SGC y cuánto tiempo lleva trabajando con su SGC ya implementado |  |
| ¿Cuenta con un ciclo completo de auditorías internas en donde ya se hayan revisado todos los elementos y todas las áreas incluidas en el alcance? Comente |  |

|  |
| --- |
| **TAMAÑO DE LA ORGANIZACIÓN** |
| No. Total de empleados |  |
| No. Personal Efectivo |  |
| Horarios Laborales: |  | ¿Se trabaja por turnos? |  |
| Turno | No. de Empleados asignados |
| Operativo | Administrativo |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **ESPECIFICACIONES** |
| Idioma en que se realizará la Evaluación: |  |
| Condiciones de seguridad básicas en el sitio de evaluación |  |
| ¿Cuenta actualmente con una certificación?  | No | Si la respuesta es **afirmativo**, escriba le norma de referencia, nombre del Organismo de Certificación emisor y la vigencia del certificado:. |
|  |

|  |
| --- |
| **CERTIFICACIÓN MULTISITIO** |
| Nombre de Sitio 1 |  |
| Aduana por la que opera |  |
| Trafico |  |
| Dirección |  |
| **Denominación** **(almacén, planta, etc)** |  |
|  **Alcance especifico del sitio (Descripción especifica de actividad, productos/servicios o procesos)** |  |
| No. de personas |  | Turno |  | Cant. Personal Operativo |  |
| Cant. Personal Administrativo | N/A |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de Sitio 2 |  |
| Aduana por la que opera |  |
| Trafico |  |
| Dirección |  |
| **Denominación** **(almacén, planta, etc)** |  |
| **Alcance especifico del sitio (Descripción especifica de actividad, productos/servicios o procesos)** |  |
| No. de personas en total |  | Turno |  | Cant. Personal Operativo |  |
| Cant. Personal Administrativo |  |

***\* Puede modificar este documento si requiere incluir más sitios.***

|  |
| --- |
|  **CERTIFICACIÓN DE SITIOS TEMPORALES** |
| Nombre de Sitio 1 |  |
| Aduana por la que opera |  |
| Trafico |  |
| Dirección |  |
| **Denominación** **(almacén, planta, etc)** |  |
| **Alcance especifico del sitio (Descripción especifica de actividad, productos/servicios o procesos)** |  |
| No. de personas en total |  | Turno |  | Cant. Personal Operativo |  |
| Cant. Personal Administrativo |  |

***\* Puede modificar este documento si requiere incluir más sitios.***

|  |
| --- |
| **Escriba, SI o NO o Comente, Según Corresponda** |
| ¿Los procesos de todos los sitios son sustancialmente del mismo tipo y tienen que funcionar con métodos y procedimientos similares? |  |
| ¿Cuenta con procesos enlazados en diferentes ubicaciones? |  |
| ¿Tiene capacidad para recopilar y analizar datos en la oficina central o matriz de todos los sitios incluidos en el alcance a certificar?  |  |
| ¿El sistema de gestión de la organización se encuentra bajo un plan controlado y administrado centralmente y estar sujeto a la revisión de gestión central? |  |
| ¿De qué manera se **Gestiona la Documentación y Cambios del SGC**, de manera general en la oficina central o matriz o de forma independiente en cada sitio? |  |
| ¿De qué manera se lleva el proceso **Revisiones por la Dirección**, de manera general en la oficina central o matriz o de forma independiente en cada sitio? |  |
| ¿De qué manera se lleva el proceso de **Quejas**, de manera general en la oficina central o matriz o de forma independiente en cada sitio?  |  |
| ¿De qué manera se lleva el proceso de **Evaluación de Acciones Correctivas**, de manera general en la oficina central o matriz o de forma independiente en cada sitio? |  |
| ¿De qué manera se lleva el proceso de **Planificación de la Auditoria Interna y Evaluación de los Resultados**, de manera general en la oficina central o matriz o de forma independiente en cada sitio? |  |
| ¿Existe algún requisito legal específico para alguno de los sitios diferente a las Leyes y Reglamentos Aplicables al sector? |  |
| ¿Todos los sitios pertenecen a una misma entidad legal única ó mantienen un enlace legal o contractual con la oficina central de la organización? |  |
| ¿Cuenta con sucursales temporales? |  |

|  |
| --- |
| **PROCESOS SUBCONTRATADOS QUE PUEDAN AFECTAR EL SGC**  |
| ¿Subcontrata productos/servicios o procesos, que presta a sus clientes? | SI | NO |
|  |  |
| ¿Cuáles?  |  |
| ¿Qué volumen aproximado representan las subcontrataciones sobre el total de su negocio? |  |

|  |
| --- |
| **TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC´s)** |
|  ¿Requiere que en sus auditorías, el equipo auditor haga uso de técnicas de evaluación asistidas por computadora TIC´s (Videoconferencias, reuniones a través de la web, acceso remoto a documentos y procesos del SGA, etc)? | SI | NO |
|  |  |
| ¿Cuenta con alguna licencia para la realización de la videollamada, sea Team Viewer, Zoom, Microsoft Teams, entre otras? |  |  |
| Si, su respuesta es Sí, ¿cuál es? |  |  |

|  |
| --- |
| **TRANSFERENCIA DE LA CERTIFICACIÓN** (PARA ORGANIZACIONES CON CERTIFICACIÓN VIGENTE CON OTRO ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN). |
| **CONSIDERACIONES** | **Comentarios** |
| Actividades certificadas de la Organización |  |
| Las razones para solicitar la transferencia de su certificación a ANACE |  |
| Indique el Organismo emisor |  |
| Describa el estado de No conformidades abiertas con el Organismo certificador actual |  |
| ¿Cuál es la etapa del ciclo actual de su certificación? |  |
| Cualquier compromiso actual de la organización con organismos reguladores con respecto a cumplimientos legales. |  |
| ¿La Certificación de su SGC ha sido suspendida ó ha estado bajo amenaza de suspensión con su OC actual? |  |

***\* Incluya copia del Certificado en vigor.***

|  |
| --- |
| **PROCEDIMIENTOS AVANZADOS DE SEGUIMIENTO Y RECERTIFICACIÓN** |
|  ¿Requiere el uso de Procedimientos Avanzados de Seguimiento y Recertificación (ASRP)? | SI | NO |
|  |  |

|  |
| --- |
| **COMPROMISOS DEL SOLICITANTE (Bajo protesta de decir verdad)** |
| * Por medio de la presente, solicita ser evaluado para verificar su conformidad con los requisitos de la Norma de referencia, según lo referenciado en el apartado "Alcance", de esta solicitud.
* Declara conocer el funcionamiento del Proceso de Certificación de SGC de ANACE y los derechos y deberes de los organismos certificados en SGC.
* Declara que la información plasmada en el presente documento es verídica.
 |

Una vez firmado el presente documento, se entiende que el cliente está de acuerdo en proporcionar la información necesaria a la ANACE en cualquier momento del Proceso de Certificación de SGC y que ANACE confirmo que cuenta con la capacidad (técnica y de infraestructura) para atender su solicitud y brindar el servicio requerido.

|  |
| --- |
| Representante Autorizado por parte de la Organización solicitanteNombre, Puesto y firma |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DE REFERENCIA (EXCLUSIVO PARA ANACE)**
 |
| No. de Solicitud |  | Sector  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Conteste las siguientes preguntas:** | **SI** | **NO** |
| 1. ¿ANACE esta es posibilidad y dispone de la competencia necesaria para atender la presente solicitud?
 |  |  |
| 1. ¿El tamaño y la estructura de la Organización solicitante?
 |  |  |
| 1. ¿ANACE cuenta con Expertos Técnicos para los sectores solicitados?
 |  |  |
| 1. ¿ANACE está acreditado en los sectores solicitados?
 |  |  |
| 1. ANACE tiene capacidad para atender los siguientes requerimientos:
 |  |  |
| 1. ¿Es la Organización solicitante candidata para muestreo multisitio?

(Aplica cuando el cliente haya respondido los campos de “CERTIFICACIÓN MULTISITIO” de este formato. Excepto si incluye sitios temporales. |  |  |
| 1. Transferencia de certificado.

(Alcance, razones de transferencia, certificación previa con un OC acreditado (valido y vigente)\*, plazo de la auditoria de seguimiento y/o recertificación vigente, SGC sin presentar no conformidades abiertas con el actual OC, quejas atendidas o en proceso de atención, compromisos actuales de la organización con organismos reguladores con respecto a cumplimientos legales, la certificación no está suspendida ni bajo amenaza de suspensión).(\*) De no cumplir con este criterio, puede solicitar aprobación de ema para tratar la transferencia ó en su caso atenerle como certificación inicial. |  |  |
| 1. ¿Aplica procedimiento avanzado de seguimiento y recertificación?
 |  |  |
| 1. ¿Aplica el uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC´s)?
 |  |  |
| 1. Existe personal de la empresa que origine algún conflicto de interés con ANACE?
 |  |  |
| 1. En caso de que su respuesta sea SI, favor de llenar los siguiente datos:
 |
| * Nombre completo y puesto:
 |  |
| * Describa el tipo de relación **\*\*\*** con ANACE.
 |  |
| * Describa las actividades en la Organización y su participación durante este proceso.
 |  |
| 1. Indique las acciones para eliminar o disminuir el conflicto de interés entre el solicitante y ANACE
 |  |

**(\*\*\*) Presidente, Integrante de Mesa Directiva, Consultor, etc.**

|  |
| --- |
| **B. RECHAZO DE LA SOLICITUD** |
| Indicar con una ***X*** los motivos del rechazo de la solicitud para el servicio de certificación  |
| * Sector No Acreditado
 |  |
| * Norma No Acreditada
 |  |
| * Norma Obsoleta o Cancelada
 |  |
| * Patente del Agente Aduanal Suspendida o Cancelada
 |  |
| * ANACE con Acreditación Suspendida
 |  |
| * Otra, Especifiqué cual
 |  |

|  |
| --- |
| **COMPROMISOS DE ANACE (Bajo protesta de decir verdad)** |
| * No divulgar voluntariamente la información recibida propiedad del cliente, sin previo consentimiento del mismo.
* En caso de que la Asociación esté bajo auditoría interna y/o externa, la información del cliente podrá ser consultada exclusivamente para los fines de la auditoría.
* Cuando la información sea solicitada por órganos legisladores u otros, el cliente será notificado acerca de dicha solicitud, antes de la respuesta por parte de la ANACE.
* Proporcionar toda la información necesaria al solicitante del Proceso de Certificación.
 |

|  |
| --- |
| **Personal de ANACE****Nombre, Puesto y firma** |
| **Auxiliar de Calidad** | **Coordinación de Calidad** |
|  |  |