|  |
| --- |
| SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PARA ISO 37001 SISTEMA DE GESTIÓN DE ANTISBORNO |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 Sistema de Gestión de Antisoborno, por un periodo de por menos cinco 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: | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ALCANCE A CERTIFICAR | | |
| **Marque con una “X” la opción correspondiente.** | | |
| Normas de referencia | **ISO 37001:2016 Sistemas de Gestión Antisoborno – Requisitos** |  |
| 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 SGA. | Alto grado de habilidad |  |
| Regular grado de habilidad |  |
| Bajo grado de Habilidad |  |
| Leyes y Reglamentos Aplicables |  | |
| Describa el alcance de su SGA de acuerdo a su Manual Vigente. | **ISO 37001** | |
|  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mencione los procesos a certificar y una breve descripción de los mismos. | **Para ISO 37001** | | | |
| **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 SGA, definen las políticas y los objetivos. |  | | | |
| Indique las **No aplicabilidades para ISO** de su SGA para las normas de referencia solicitadas de acuerdo a su Manual Vigente. | **No Aplicabilidad Para ISO 37001** | | | |
|  | | | |
| Fecha de realización de la última auditoría interna | |  | Fecha de realización de la última Revisión por la Dirección |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SGA | | | |
| ¿Se diseñó e implemento el Sistema de Gestión de Antisoborno 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 SGA |  | | |
| Indique en qué % se tiene implementado su SGA y cuánto tiempo lleva trabajando con su SGA 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. de 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? |  | Si la respuesta es **afirmativo**, escriba la 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 SGA**, de manera general en la oficina central o matriz o de forma independiente en cada sitio? |  |
| ¿De qué manera y como lo lleva a cabo 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 y como lo lleva a cabo el proceso de **Quejas**, de manera general en la oficina central o matriz o de forma independiente en cada sitio? |  |
| ¿De qué manera y como lo lleva a cabo 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 y como lo lleva a cabo 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 SGA | | | |
| ¿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 SGA 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 SGA de ANACE y los derechos y deberes de los organismos certificados en SGA. * 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 SGA 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 solicitante  Nombre, 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, SGA 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** |
|  |  |