

# Revisión de Oferta (Cotización)



<b>Nombre de la Organización</b> (Razón social o Persona Física)	UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARMEN	SC SGC-	SCSGC-14008
	Alcance de la certificación	No de Oferta	HCH1080418

**SERVICIO AL ESTUDIANTE: CONTROL ESCOLAR, SERVICIOS BIBLIOTECARIOS, SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES QUE SE LLEVAN A CABO EN EL CAMPUS I Y LA BIBLIOTECA CENTRAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN. SERVICIOS EXTERNOS DE VINCULACIÓN, QUE OFRECE EL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN DESDE LA PROPUESTA ECONÓMICA AL CLIENTE EXTERNO HASTA EL CIERRE DEL PROYECTO O CONVENIO. GESTIÓN DE PROGRAMAS DE POSGRADO A PARTIR DE LA PROPUESTA DE PROGRAMA HASTA LA ACREDITACIÓN ANTE EL CONACYT.**

<b>Tipo de servicio</b>	Certificación Inicial	<input type="checkbox"/>	Vigilancia	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input type="checkbox"/>
	Ampliación	<input type="checkbox"/>	Reducción	<input type="checkbox"/>	Transferencia	<input type="checkbox"/>
	Cambios en el Sistema de Gestión	Especificar:		ESPECIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	Auditoría notificación a corto plazo

Norma							
ISO 9001:2015	<input checked="" type="checkbox"/>	ISO 14001:2004*	<input type="checkbox"/>	SAST-IMNC-2008	<input type="checkbox"/>	ISO 22000:2005	<input type="checkbox"/>
ISO 9001:2008*	<input type="checkbox"/>	ISO 14001:2015	<input type="checkbox"/>	ISO 50001:2011	<input type="checkbox"/>	ISAS BC 9001	<input type="checkbox"/>
						Otro	<input type="checkbox"/>
						Especificar:	

\* Solo para servicios de renovación y vigilancias

Área Técnica							
PARA SGC, SGA, SAST				PARA SGIA		PARA SGE	
<b>IAF:</b>	34,35,37,39		<b>NACE:</b>	71.12, 70.10, 85.60, 91.01		<b>CATEGORÍA:</b>	
<b>Complejidad ( Para SGA)</b>				<b>No. de estudios HACCP (Para SGIA)</b>			
Alto	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Limitado	<input type="checkbox"/>
<b>Complejidad ( Para SGE)</b>							
Alto	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>		

<b>Tipo de reconocimiento:</b>	ema (entidad mexicana de acreditación)	Con acreditación	<input checked="" type="checkbox"/>	Sin acreditación	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	------------------	-------------------------------------	------------------	--------------------------

Numero de empleados	Operativos (Produccion, Mantenimiento)					No. Total de Empleados
(No. Efectivo de Personal involucrado en el alcance de la certificación)	Turno 1	Turno 2	Turno 3	Turno 4	Turno Mixto	
Administración, Finanzas, Compras, Ventas, Calidad, Ingeniería, Diseño, Dirección y RH						420
	420					

Asignación del tiempo base de auditoría											
Nombre del sitio	Norma	# Empleados	Etapa 1	Etapa 2	Vigilancia semestral	<input type="checkbox"/>	Vigilancia 1	Vigilancia 2	Vigilancia 3	Vigilancia 4	Vigilancia 5
					Vigilancia Anual	<input checked="" type="checkbox"/>					
1 Matriz	ISO 9001	240		2				N/A		N/A	
2											
3											
4											
5											
<b>TOTAL DIAS</b>		<b>240,0</b>	<b>0,0</b>	<b>2,0</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

<b>Justificaciones de aumento o reducción de días</b>
(Indicar los factores aplicados y el % de cada uno, así mismo la secuencia de de las servicios a prestar
SOLO SE CONSIDERA 2 DÍAS POR SER AUDITORIA ESPECIAL POR ACTUALIZACIÓN

Asignación del tiempo de duración de la auditoría											
Nombre del sitio	Norma	# Empleados	Etapa 1	Etapa 2	Vigilancia semestral	<input type="checkbox"/>	Vigilancia 1	Vigilancia 2	Vigilancia 3	Vigilancia 4	Vigilancia 5
					Vigilancia Anual	<input checked="" type="checkbox"/>					
Matriz	ISO 9001	240		2				N/A		N/A	
<b>TOTAL DIAS</b>		<b>240,0</b>	<b>0,0</b>	<b>2,0</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

<b>Cumple con la Política de Imparcialidad:</b>		
Si, sin restricciones.	No, con restricciones	No, no se puede enviar la oferta ( mantener registro de esta revisión )
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Comentarios y/u observaciones que puedan afectar el servicio** (ejemplo; fechas de inicio, comentarios para el auditor, comentarios para planeación y/o logística, para cuidar la imparcialidad de los servicios y/o la aceptación o rechazo de esta revisión)

<b>Nombre de quien Elaboró:</b>	HECTOR CRUZ HERNANDEZ	<b>Fecha:</b>	17/04/2018
<b>Nombre de quien Autorizó:</b>		<b>Fecha:</b>	

ESTA REVISIÓN DE FACTIBILIDAD TIENE QUE ESTAR AUTORIZADA POR EL ÁREA TÉCNICA PARA PODER SER PROCESADO POR EL ÁREA DE PROGRAMACIÓN Y LOGÍSTICA