

**IMNC**  
Instituto Mexicano  
de Normalización y  
Certificación, A.C.

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

\* Solo para servicios de renovación y vigilancias

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

Asignación del tiempo base de auditoría											
Nombre del sitio	Norma	# Empleados	Etapa 1	Etapa 2	Vigilancia semestral	■	Vigilancia 1	Vigilancia 2	Vigilancia 3	Vigilancia 4	Vigilancia 5
					Vigilancia Anual	☑		Vigilancia 1		Vigilancia 2	
MATRIZ	ISO 9001	17						3		3	
SITIO 1 (TEMPORAL)	ISO 9001	25						3		3	
MATRIZ	SAST-001	17						3		3	
SITIO 1 (TEMPORAL)	SAST-001	25						3		3	
TOTAL DIAS		84.0	0.0	0.0			0.0	12.0	0.0	12.0	0.0

<p>Justificaciones de aumento o reducción de días</p> <p>(Indicar los factores aplicados y el % de cada uno, así mismo la secuencia de de las servicios a prestar</p>	
EL NUMERO DE PERSONAS SE COSIDERA TOMANDO COMO BASE EL TOTAL DE EMPLEDOS POR SITIO, QUEDANDO DE LA SIGUIENTE 50*.5= 25, PERSONAL ADMINISTRATIVO 17	

Asignación del tiempo de duración de la auditoría											
Nombre del sitio	Norma	# Empleados	Etapa 1	Etapa 2	Vigilancia semestral	■	Vigilancia 1	Vigilancia 2	Vigilancia 3	Vigilancia 4	Vigilancia 5
					Vigilancia Anual	☑		Vigilancia 1		Vigilancia 2	
MATRIZ	ISO 9001	17						1		1	
SITIO 1 (TEMPORAL)	ISO 9001	50						1		1	
MATRIZ	SAST-001	17						1		1	
SITIO 1 (TEMPORAL)	SAST-001	50						1		1	
<b>TOTAL DIAS</b>		<b>134.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>0.0</b>	<b>4.0</b>	<b>0.0</b>	<b>4.0</b>	<b>0.0</b>

Cumple con la Política de Imparcialidad:		
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 acentación o rechazo de esta revisión)

Se solicita al siguiente equipo auditor favor de confirmar los sectores IAF y NACE asignados en la presente revisión de oferta, en caso de encontrar alguna desviación favor de indicar en el informe de auditoría

<b>Nombre de quien Elaboró:</b>	<b>HECTOR CRUZ HERNANDEZ</b>	<b>Fecha:</b>	<b>19/04/2018</b>
<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**