

# NOTIFICACIÓN DE AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN

## Notificación

Ciudad de México, a

Por medio de este conducto le informo que de acuerdo a su Proceso de Certificación, se llevará a cabo su servicio de auditoría como a continuación se indica:

No. De Referencia			
Sector IAF			
Categoría (Exclusivo SGIA)	N/A,		
Número de registro			
Fecha de inicio de vigencia		Fecha de expiración	

### TIPO DE SERVICIO:

Marque por favor con una "X" los recuadros que correspondan a la auditoría a realizar:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Auditoría Etapa 1                   | <input type="checkbox"/> Auditoría especial:                |
| <input type="checkbox"/> Auditoría Etapa 2                   | <input type="checkbox"/> Ampliación del alcance (Describa): |
| <input type="checkbox"/> Auditoría de Vigilancia 1 Anual     | <input type="checkbox"/> Reducción del alcance (Describa):  |
| <input type="checkbox"/> Auditoría de Vigilancia 2 Anual     | <input type="checkbox"/> Ampliación de sitio                |
| <input type="checkbox"/> Auditoría de Vigilancia 1 Semestral | <input type="checkbox"/> Reducción de sitio                 |
| <input type="checkbox"/> Auditoría de Vigilancia 2 Semestral | <input type="checkbox"/> Ratificación de domicilio          |
| <input type="checkbox"/> Auditoría de Vigilancia 3 Semestral | <input type="checkbox"/> Auditoría a corto plazo            |
| <input type="checkbox"/> Auditoría de Vigilancia 4 Semestral |   |
| <input type="checkbox"/> Auditoría de Vigilancia 5 Semestral |   |
| <input type="checkbox"/> Renovación                          |   |
| <input type="checkbox"/> Transferencia                       |   |
| <input type="checkbox"/> Seguimiento                         |   |
| <input type="checkbox"/> Auditoría especial                  |   |
| <input type="checkbox"/> Suspensión                          |   |
| <input type="checkbox"/> Cancelación                         |   |

En la(s) fecha(s) siguiente(s):

# NOTIFICACIÓN DE AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN

Con el siguiente equipo auditor asignado para conducir la auditoría de certificación:

ROL	NOMBRE	VALIDACIÓN	SECTOR(ES)

Bajo la(s) siguiente(s) norma(s) de referencia:

**NOTA 1:** El servicio de auditoría que se describe en la presente Notificación, ha sido programado con base al ciclo actual de su certificación, y en apego a las "Condiciones generales de certificación" *vigentes*, dadas a conocer previamente por el IMNC y publicadas en [www.imnc.org.mx](http://www.imnc.org.mx). En caso de requerir reprogramar la(s) fecha(s) de su auditoría, consulte con su Ejecutivo de Atención a Clientes.

**NOTA 2:** Para el mantenimiento de su certificación, las auditorías de vigilancia, el IMNC deberá confirmar con el cliente, las fechas propuestas 30 días naturales antes de la fecha máxima; en caso contrario, la auditoría se programará en las fechas que el IMNC tenga disponibles.

**NOTA 3:** Para el caso de la auditoría de renovación se recomienda que ésta se lleve a cabo con al menos tres meses antes de la fecha de expiración de su registro.

**NOTA 4:** En caso de no estar de acuerdo con la designación de algún miembro del equipo auditor y/o fecha, el cliente debe notificarlo por escrito al IMNC, presentando las razones correspondientes, en un plazo no mayor a 5 días hábiles a partir de la recepción de esta notificación. En caso contrario se considerará como aceptado el equipo auditor y/o fecha propuesta.

Por lo anterior le agradeceremos se sirva enviarnos el presente documento con la firma de Visto Bueno.

**Atentamente,**

**Vo.Bo.**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo  
Programador IMNC

\_\_\_\_\_  
Nombre completo  
Representante autorizado