|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LABORATORIOS DE ENSAYOS** | **LABORATORIOS DE CALIBRACIÓN** | **LABORATORIOS CLÍNICOS** | **ORGANISMOS DE**  **CERTIFICACIÓN** | **ORGANISMOS DE**  **VERIFICACIÓN / VALIDACIÓN** | **UNIDADES DE VERIFICACIÓN** | **PEA** | **PMR** | **ORGANISMOS**  **VERIFICADORES / CERTIFICADORES** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**1.- DATOS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre / Razón Social: |  |
| Nombre Comercial: |  |
| Calle y Número: |  |
| Colonia y C.P. |  |
| Ciudad/Estado: |  |
| Télefono/Fax: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Persona de contacto: |  |

**2.- TIPO DE SERVICIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🞎 | Acreditación o Reconocimiento inicial | 🞎 | Actualización del sistema de gestión |
| 🞎 | Renovación/Reevaluación de la acreditación o del Reconocimiento | 🞎 | Actualización por cambio en su situación legal |
| 🞎 | Vigilancia | 🞎 | Actualización por baja de signatarios |
| 🞎 | Ampliación de alcance(s) | 🞎 | Actualización por cambio en personal clave |
| 🞎 | Ampliación de signatarios/verificadores autorizados | 🞎 | Actualización por cambio de instalaciones o domicilio |
| 🞎 | Ampliación de instalaciones | 🞎 | Actualización de normas/métodos |
| 🞎 | Ampliación de alcance de medición | 🞎 | Seguimiento por queja o retiro de suspensión |
| 🞎 | Monitoreo | 🞎 | Seguimiento por cambios en la organización no informados a ema |
|  |  | 🞎 | Seguimiento/Revisión de acciones correctivas |
|  |  | 🞎 | Otro: |

**3.- TIPO DE EVALUACIÓN/TIPOS DE ORGANISMO DE EVALUACIÓN DE CONFORMIDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Evaluación:** | Documental  Sitio | Sistema de Gestión  Parte Técnica |
| **Seguimiento/Revisión de acciones correctivas** | Documental  Sitio | 1a Revisión  2a Revisión  3a Revisión |
| **Testificación** |  | Simulada  Fase 1  Fase 2 |

**4.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**5.- DATOS DEL GRUPO EVALUADOR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Evaluador líder: |  | | | |
| Evaluador(es): |  | | | |
| Evaluador(es) en entrenamiento: | | |  | |
|  | | | | |
| Experto(s) técnico(s): | |  | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Representante(s) de la Dependencia: | | | |  |
|  | | | | |
|  | | | | |

**6.- OBJETIVO Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN**

ESTABLECER LA INFORMACIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA ÁREA OPERATIVA.

**7.- PERSONAL EVALUADO**

ESTABLECER LA INFORMACIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA ÁREA OPERATIVA.

**8.- TABLA DE HALLAZGOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Total de No conformidades:** |  |
| **Total de Observaciones:** |  |

ESTABLECER LA INFORMACIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA ÁREA OPERATIVA.

**9.- DESCRIPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO (Cada área maneja su tabla de cumplimiento)**

ESTABLECER LA INFORMACIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA ÁREA OPERATIVA.

**10.- CONCLUSIONES (FORTALEZAS Y DEBILIDADES)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

### 10.1 El evaluador líder deberá marcar con una cruz (x) la opción correcta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Copia de la opinión del cumplimiento de obligaciones fiscales (SAT)** | | | |
|  | Se anexa a este informe |  | No se anexa a este informe |
|  | El cliente ya lo entregó a ema |  | El cliente lo entregará a ema |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Copia del último pago bimestral del IMSS** | | | |
|  | Se anexa a este informe |  | No se anexa a este informe |
|  | El cliente ya lo entregó a ema |  | El cliente lo entregará a ema |

**11.- FIRMAS DE AUTORIZACIÓN DEL INFORME**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ❑ | **En mi carácter de representante autorizado acepto el contenido de este informe de evaluación.**  **Fecha:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre, y Firma del**  **Representante Autorizado** |  | ❑ | **En mi carácter de representante autorizado no acepto el contenido de este informe de evaluación y me obligo a presentar la argumentación técnica al respecto en un plazo no mayor a 5 días hábiles.**  **Fecha:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre, y Firma del**  **Representante Autorizado** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO EVALUADOR** | | | |
| **NOMBRE** | **NUM. REGISTRO PNE** | **DESIGNACIÓN** | **FIRMA** |
|  |  | Evaluador Líder |  |
|  |  | Evaluador |  |
|  |  | Experto Técnico |  |
|  |  | Experto Técnico |  |
|  |  | Representante Dependencia |  |

**NOTAS:**

* **Este informe debe ser llenado por completo, de acuerdo al tipo de evaluación que se esté realizando.**
* **Se imprimen por duplicado, todas las páginas, así como los anexos, se rubrican en original por el grupo evaluador y por el representante autorizado. Quedando dos ejemplares con firmas originales, uno en poder del representante autorizado del OEC o Proveedor de Ensayos de Aptitud y otro en poder del evaluador líder de ema.**
* **El evaluador líder debe enviar este informe a la entidad en un plazo no mayor a 3 días hábiles a partir de la fecha de término de la evaluación.**
* **En caso de requerirlo se puede entregar fotocopia de este informe al representante de la dependencia involucrada, firmando éste de acuse de recibo.**