|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para uso exclusivo de la Procuraduría** | | | | | |
| Fecha de recepción del trámite: |  |  |  | Número de solicitud |  |
| Número de registro |  |
|  | Día | Mes | Año |

|  |
| --- |
| **1. DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO** |

|  |  |
| --- | --- |
| *NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *NOMBRE DEL GRUPO INDUSTRIAL O CORPORATIVO* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *NOMBRE DE LA INSTALACIÓN QUE RENUEVA CERTIFICADO* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *GIRO Y ACTIVIDAD PREPONDERANTE, CLASIFICACIÓN CMAP Y SCIAN* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *MENCIONA Y EXPLICA SI LA ACTIVIDAD QUE REALIZA ES CONSIDERADA COMO RIESGOSA* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *DOMICILIO LEGAL*  *(calle, número exterior e interior, colonia, localidad o población, municipio, código postal)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *DOMICILIO DE LA INSTALACIÓN QUE RENUEVA EL CERTIFICADO*  *(calle, número exterior e interior, colonia, localidad o población, municipio, código postal)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *PERSONA QUE TENGA FACULTADES PARA OBLIGARSE EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO*  *(Nombre completo, Clave Única de Registro de Población, teléfono con clave de larga distancia, extensión, correo electrónico)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *DATOS DEL CONTACTO DEL ESTABLECIMIENTO QUE ATIENDE LA RENOVACIÓN DEL CERTIFICADO*  *(Nombre completo, cargo, teléfono con clave de larga distancia y correo electrónico)* |  |

|  |
| --- |
| **3. INFORMACION DE LA UNIDAD AUDITORA** |

|  |  |
| --- | --- |
| *NOMBRE Y NÚMERO DE AUTORIZACIÓN* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *NOMBRE DEL AUDITOR LÍDER* |  |
| *NÚMERO DE ACREDITACIÓN DEL AUDITOR LÍDER* |  |
| *NÚMERO DE INTEGRANTES DEL EQUIPO AUDITOR* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE Y NÚMERO DE ACREDITACIÓN DE CADA UNO DE LOS AUDITORES ESPECIALISTAS Y DE LA MATERIA QUE VERIFICAN | | |
| *NOMBRE* | *MATERIA* | *CLAVE DE ACREDITACIÓN* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PROGRAMACIÓN DE LA RENOVACIÓN DE CERTIFICADO | |
| *FECHA DE INICIO DE LOS TRABAJOS DE CAMPO* |  |
| *FECHA DE CIERRE DE LOS TRABAJOS DE CAMPO* |  |
| *FECHA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS FINALES A LA PROCURADURÍA* |  |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO |  |  |  |
| FIRMA | FECHA |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

|  |  |
| --- | --- |
| ***ESPACIO*** | **DESCRIPCIÓN** |
| *Nombre o razón social del establecimiento* | Nombre del establecimiento a la que pertenece la instalación que solicita la renovación de certificado |
| *Nombre del grupo industrial o corporativo* | Nombre del grupo industrial o nombre del corporativo al cual pertenece la instalación que solicita la renovación de certificado, en su caso |
| *Nombre de la instalación que se audita* | Nombre específico de la instalación que solicita la renovación de certificado en caso de que éste sea diferente al del establecimiento al que pertenece |
| *Registro federal de contribuyentes* | Registro federal de contribuyentes del establecimiento |
| *Giro y actividad preponderante, clasificación CMAP y SCIAN* | Describe el giro y la actividad preponderante a la clasificación mexicana de actividades productivas (CMAP) y al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN). |
| *Menciona y explica si la actividad que realiza es considerada como riesgosa* | Menciona si la actividad que realiza es considerada como riesgosa e informa sobre las sustancias que originan el riesgo |
| *Domicilio legal* | Domicilio legal del establecimiento: calle, número exterior e interior, colonia, localidad o población, municipio, código postal |
| *Domicilio de la instalación que renueva el certificado* | En caso de que sea diferente al declarado como domicilio legal de la empresa: calle, número exterior e interior, colonia, localidad o población, municipio, código postal |
| *Persona que tenga facultades para obligarse en nombre y representación del establecimiento* | Nombre completo, cargo, teléfono y correo electrónico |
| *Datos del contacto del establecimiento que atiende la renovación del certificado* | Nombre completo, cargo, teléfono y correo electrónico.  Se sugiere proporcionar esta información toda vez que la Procuraduría en caso de aclaración o duda respecto de la información resultante del diagnóstico ambiental, pueda contactar a la persona que está al frente de la misma por parte de la instalación. |
| *Nombre de la Unidad Auditora* | Nombre de la Unidad Auditora responsable de realizar el diagnóstico ambiental |
| *Número de autorización* | Número de autorización de la Procuraduría otorgado a la Unidad Auditora responsable de realizar el diagnóstico ambiental |
| *Nombre del auditor líder* | Nombre completo del auditor líder responsable de realizar el diagnóstico ambiental |
| *Número de acreditación del auditor líder* | Número de acreditación de la Procuraduría otorgado al auditor líder responsable de realizar el diagnóstico ambiental |
| *Número de integrantes del equipo auditor* | Número de auditores especialistas que integran el equipo auditor, incluye al auditor líder |
| *Nombre y número de acreditación de cada uno de los auditores especialistas y de la materia que verifican* | Nombre completo, materia que se evalúa y número de acreditación de cada uno de los auditores especialistas responsables, incluye al auditor líder |
| *Fecha de inicio de los trabajos de campo* | Fecha en la que el equipo auditor inicia los trabajos de campo del diagnóstico ambiental en la instalación |
| *Fecha de cierre de los trabajos de campo* | Fecha en la que el equipo auditor concluye los trabajos de campo del diagnóstico ambiental en la instalación |
| *Fecha de entrega de documentos finales a la Procuraduría* | Fecha en la cual el establecimiento entrega el informe del diagnóstico ambiental a la Procuraduría |
| *Observaciones* | Ocupar opcionalmente este espacio para hacer cualquier aclaración o comentario que el establecimiento y/o la Unidad Auditora consideran importante |
| *Firma del representante legal* | Firma autógrafa del representante legal del establecimiento |
| *Fecha* | Fecha de elaboración de la solicitud de renovación de certificado |