|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Solicitud de Verificación para NOM-207-SCFI-2018** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Fecha: | día | mes | año |  |  | | | |
|  |  |  |
| DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE | | | | | | | | |
| Razón social: | | | | | | | | |
| R.F.C.: | | | | | | | | |
| Domicilio: | | | | | | | | |
| Teléfono(s): | | | | | | | | |
| Nombre del representante legal: | | | | | | | | |
| Nombre del personal de contacto: | | | | | | | | |
| E-mail de personal de contacto: | | | | | | | | |
| DATOS DEL SITIO DONDE SE LLEVARÁ A CABO LA VERIFICACIÓN (si son varias direcciones puede anexar documento) | | | | | | | | |
| Calle: | | | | | | | | |
| No.: | | | | Colonia: | | | | |
| Delegación o Municipio: | | | | | | | C.P.: | |
| Referencias: | | | | | | | | |
| Nombre Responsable de recibir la verificación: | | | | | | | | |
| Número telefónico y/o correo electrónico del responsable de recibir la verificación: | | | | | | | | |
| CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO REQUERIDO | | | | | | | | |
| Para la verificación en sitio de los equipos, el muestreo se realizará tomando como base la Tabla 1, considerando como universo la totalidad de equipos que tenga el prestador del servicio en su cartera de mantenimiento en el momento de la verificación. Dicha inspección se realizará en presencia del propietario o responsable de inmueble y del prestador del servicio.  Po favor inidique en la Tabla 1 el número de equipos que se consideraría tomando como referencia el párrafo anterior: | | | | | | Tabla 1   |  |  | | --- | --- | | 2 – 8 |  | | 9 – 15 |  | | 16 – 25 |  | | 26 – 50 |  | | 51 – 90 |  | | 91 – 150 |  | | 151 – 280 |  | | 281 – 500 |  | | 501 – 1200 |  | | 1201 – 3200 |  | | 3201 – 10000 |  | | 10001 – 35000 |  | | | |
| Fecha probable para llevar a cabo la verificación: | | | | | | | | |
| **Declaro que la información contenida es cierta y que conozco lo establecido en la norma NOM-207-SCFI-2018.** | | | | | | | |
| REPRESENTANTE DE LA EMPRESA | | | | | | | |
| Nombre:  Cargo:  Email:  Firma: | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REVISIÓN DE LA SOLICITUD (Para ser llenado por VIM)** | |
| Nombre (Gerencia Técnica o Gerencia Técnica Sustituta): | |
| Viable: Si No | |
| Firma: | Fecha: |
| Clave de Evaluación: | Fecha de auditoría tentativa: |
| Verificador (es) designado (s): | |
| Guillermo de Carcer Christlieb |  |
| Edgar Isaí Pérez Santiago |  |
| Rocío Mendoza Mendoza |  |
| Francisco Rogelio Flores Torres |  |
| Jesús Alberto Barragán Palacios |  |
| Ramón Francisco García Rojas |  |
| Miguel A. Betanzos Carrales |  |
| Enrique Silva Rodríguez |  |
| Rubén Olmos Sandoval |  |
| José Carmen Barboza González |  |
| Anahí Moral Guerrero |  |
| Claudio Flores Vieyra |  |
| José Armado Gorráez Miranda |  |
| Gustavo Hernández Sánchez |  |
| Xavier Alejandro Robles López |  |
| Carlos Leobardo Torres Eguiluz |  |

**Control de cambios**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Inciso | Página | Cambio (s) |
| No Aplica | No Aplica | No aplica por ser un nuevo documento |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |