



Assessment Readiness Review Checklist

Please complete this checklist and attach the requested documents to: IGarza@pjlabs.com and **ASSESSOR** Email no later than 30 days prior to the start of your assessment or by [Indicate date here](#). Failure to submit these required documents may result in the cancellation of your assessment.

Por favor complete esta lista de verificación y anexe los documentos requeridos a: IGarza@pjlabs.com y correo@auditor.com al menos 30 días ANTES de la fecha inicial de la evaluación o para XX/XX/2017. El fallo en la entrega de esta documentación podría resultar en la cancelación de su Evaluación.

Company Name: _____

Required Documents to be Submitted	(CAB)/(LAB) Please include appropriate document numbers and add other comments as necessary	Assessor Comments (must be completed for each assessment)
1) Quality Manual – Manual de Calidad		
2) Internal Audit completed within the last 12 months – Auditoria Interna de los últimos 12 meses		
3) Management Review Completed within the last 12 months – Revisión de la dirección completada en los últimos 12 meses		
4) Measurement Uncertainty Data/Budgets for all areas of your scope of accreditation – Presupuestos de incertidumbres para todas las áreas del alcance de acreditación		
5) For RMP Clients Only Para RMP Clientes únicamente A. Homogeneity, stability and characterization studies B. Subcontracted activities (i.e. Material Processing, Homogeneity/ Stability testing, Characterization of Property Values, Handling and storage (including post certification testing), Distribution & post distribution service), list of subcontractors (name, address, and summary of technical /quality competence		



Assessment Readiness Review Checklist

<p>6) A) Completed Proficiency Test (s) within the last 12 months –Note for initial assessments at least one should be completed prior to accreditation ; for accredited laboratories please provide the PT as scheduled on your PT plan (Refer to PL-1 for additional information on this requirement)</p> <p>Ensayos de Aptitud completados en los ultimos 12 meses – NOTA: Para acreditaciones iniciales al menos un PT debe ser completado antes de la acreditación; Para laboratorios ya acreditados por favor proveer los resultados de las pruebas de Aptitud (PT) segun lo programado en su Plan de PT (Referirse a nuestra PL-1 para informacion adicional en este requerimiento)</p> <p>B) Please include any updates to your PT plan. Note for initial accreditation assessments a PT plan must be available for the assessor to review. A template of a PT plan can be found on our website on Proficiency testing (LF-81). Por favor incluya alguna actualizacion en su Plan de “Ensayos de Aptitud (PT). Nota: Para acreditaciones iniciales un Plan de PT (Ensayos de Aptitud) debe estar disponible para la revision del equipo evaluador. Una plantilla/modelo de un plan de PT puede ser encontrado en nustra website en “Ensayos de Aptitud (LF-81)</p>		
<p>7) Master Listing of Documents note- not all procedures need to be included only a listing</p>		



Assessment Readiness Review Checklist

<p>Lista Maestra de todos los documentos NOTA: No todos los procedimientos necesitan ser incluidos, unicamente una lista de ellos</p>		
<p>8) For initial accreditation clients only-LF-562k Checklist-Note this checklist should include details i.e. procedure names, dates, person names. Please avoid Y/N only</p> <p>- Para auditorias iniciales Unicamente – L562K Lista de Verificacion – Nota: Esta lista de verificacion debe incluir detalles Ejemplo: nombre del procedimiento, fechas, nombre de personal. Por favor EVITE colocar unicamente SI / NO</p>		

B.

- 1) Attached is your preliminary scope of accreditation. Comments may be made from our program manager that will need to be addressed prior to your assessment. If no comments are made this will be provided to your assessor for confirmation. Please indicate below or attach any revisions to your initial scope of accreditation:

Anexo encontrara su alcance preliminar. Comentarios pueden ser hechos por nuestro Gerente del Programa que deben ser atendidos antes de su auditoria. Si no existieran comentarios por parte del Gerente esto sera dejado saber al equipo auditor para su confirmación. Por favor indica aqui abajo o en un anexo alguna revision de su alcance inicial de Acreditación

_____ I have reviewed the proposed scope and confirm this is accurate for my assessment. – **Yo he revisado el alcance propuesto y confirmo que este es correcto para mi evaluación**

- 2) For accredited facilities please note below if you want to make any changes to your current scope of accreditation i.e. additional tests, methods, techniques, equipment, detection limits, ranges or (CMCs). Indicate N/A if no changes has occurred. – **Para laboratorios ya acreditados por favor anote abajo si usted quiere hacer algun cambio a su alcance actual de acreditación. Ej: pruebas adicionales, metodasm tecnicasm equipos, limites de deteccion, rangos (CMC). Indique N/A si no han habido cambios**

