FORMULARIO DE INFORMACIÓN PREVIA CERTIFICACIÓN

*La información consignada en el presente formulario es confidencial y nos permitirá presentarle una propuesta acorde con las necesidades de su organización. La oportunidad y exactitud en la información permitirá planificar las actividades necesarias para el otorgamiento del Certificado y obtener mejores resultados.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información de la persona designada como representante de la Gerencia para el Sistema.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Cargo: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfonos: | | | |  | | | | | Fax: | | | |  | | | | | | e-mail: | |  | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Identificación de la Empresa:** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1. Razón Social: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NIT: | | | | | |
| 1.2. Representante Legal: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Cargo: |  | | | | | | | | | | | |
| Teléfonos: | | |  | | | | | | Fax: | | | |  | | | | | | e-mail: |  | | | | | | | | | | | |
| Dirección | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |
| Ciudad | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |
| **2. Tipo de solicitud y estándar a certificar (seleccione la opción):** | | | | | | | | | | | | | | **Etapa a Desarrollar** | | | | | | | | **Norma solicitada** | | | | | | | | | |
| Elija un elemento. | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | |
| Elija un elemento. | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | |
| Elija un elemento. | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | |
| Elija un elemento. | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | |
| Elija un elemento. | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | |
| Elija un elemento. | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | |
| **3. Generalidades:**  **3.1. Alcance:** Especifique las actividades de la empresa involucradas en el alcance para el cual solicita la propuesta de certificación, de acuerdo con las actividades clave del negocio y los productos (materiales o servicios) suministrados. Llene esta sección solamente para las instalaciones que se van a incluir en el alcance del certificado para el cual se está presentando esta solicitud. Es conveniente que la descripción de actividades incluya la identificación de la gama de productos o servicios suministrados y su campo de aplicación. Se recomienda seleccionar para la descripción de actividades palabras como: **DISEÑO, VENTA, PRODUCCIÓN, PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE..., INSTALACIÓN, MANTENIMIENTO, ALMACENAMIENTO.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *ALCANCE PROPUESTO:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CIIU de las actividades cubiertas en el alcance:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nota: El alcance solicitado puede ser modificado como resultado de la auditoria, para reflejar con exactitud las actividades en las cuales la organización demuestra que el Sistema se ha implementado y cumple con los requisitos.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.2. Información sobre sucursales (incluidas en el alcance de la certificación – No incluye proyectos)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ciudad** | **Dirección** | | | | | | | | | **Procesos o actividades ejecutadas en cada sucursal**  **Amenazas y su nivel de riesgo**  **(Aplica para la norma ISO 18788)** | | | | | | | | | | | | | **Número de Empleados** | | | | | | | | |
| **Tiempo completo** | | | | | **Medio Tiempo** | | **Temporales** | **Contratitas** |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  |
| **Notas:**   1. La sucursal que se pretende incluir dentro del alcance (en adelante multisitio), se define como una organización con función central identificada (oficina central) en la que se planifican, controlan o gestionan ciertas actividades y una red de oficinas locales o sucursales (sitios) en las que se realizan dichas actividades plena o parcialmente. Una organización multisitio no debe ser una entidad legal única, sino que todos los sitios deben tener un vínculo legal o contractual con la oficina central de la organización y están sujetos a un sistema de gestión común. 2. La información del número de personas solicitada corresponde a todas aquellas involucradas en las actividades cubiertas por el alcance para el cual se solicita la certificación e incluye a los empleados temporales, de medio tiempo y personal subcontratado. 3. Indique el número de personas vinculadas a cada proceso, área o actividad de la organización, cubiertas por el alcance 4. En caso de transferencia relacionar las sedes incluidas dentro del alcance certificado actualmente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.3. Contratos / Proyectos / Actividades /Ordenes de servicio** (Que permitan evidenciar todas las actividades del alcance a certificar). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del contrato/proyecto/ actividad/ orden de servicio** | | **Ciudad y tiempo de desplazamiento desde la sede principal** | | | | | | **Actividad ejecutada en el contrato/proyecto/ actividad/ orden de servicio** | | | | | **Parte del alcance que da cumplimiento de acuerdo actividad ejecutada (1)** | | | | | | **Amenazas y su nivel de riesgo (2)** | | | | | | **Número de Personal Operativo (3)** | | | | | | |
| **Tiempo completo** | | | | | **Tiempo Parcial** | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| 1. **Parte del alcance que da cumplimiento a la actividad**: Describa la o las partes del alcance que da o dan cumplimiento con la actividad desarrollada de la columna 3 (**Actividad desarrollada en el contrato/proyecto/ actividad/ orden de servicio**) 2. **Aplica para la norma ISO 18788:2018.** Describa las amenazas identificadas en cada uno de los contratos y el nivel de riesgo de cada uno. Si no es solicitada esta norma colocar N.A. 3. **Número de Personal Operativo:** Dedicación de las personas involucradas en los proyectos/contratos/ordenes de servicio/actividades ya sean contratistas o personal de la empresa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.4 Información del horario laboral, número de personas involucradas en actividad(es) operativas comunes y revisión de modalidad de auditorías remotas:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de personas Administrativas involucradas en el alcance a certificar (Incluye personal y contratistas) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de personas que están involucradas en los procesos misionales de la organización (Incluye personal y contratistas) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nota: La empresa debe notificar cambios que se presenten entre la fecha de cotización y la visita previa que pueden llegar a afectar el tiempo de auditoría.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Trabaja por Turnos? | | | | | **SI** | | | | | | **NO** | | | | ¿Cuenta con personal que requiera intérprete (idioma diferente al español)? | | | | | **SI** | | | | | | | | | **NO** | | |
| ¿Cuántos turnos? | | | | | |  | | | | | | | | |
| Defina el horario de los turnos | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Dentro de las funciones operativas y administrativas mencione los cargos que tengan un alto número de personal en la realización de funciones similares y/o misma actividad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cargo** | | | | | | | | | | | | **Sede** | | | | | **Número de personas** | **Función Operativa o Administrativa** | | | | | | | | | **Trabaja en Turno** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | Elija un elemento. | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | Elija un elemento. | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | Elija un elemento. | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | Elija un elemento. | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | |
| **Nota: Actividad común se refiere a una labor operativa realizada por un alto número de personas. Por ejemplo, operadores de empaque, vendedores, vigilantes de una empresa de seguridad privada, conductores, etc.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El CCS cuenta con la infraestructura necesaria para el desarrollo de auditoría remota y el apoyo de esta a las empresas que opten por esta modalidad.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿La empresa cuenta con la infraestructura tecnológica necesaria para el desarrollo de la auditoría por medio de la utilización de las TIC´s en caso de que se desee operar bajo esta modalidad? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | |
| **3.5 Sistema de Gestión Integrado** (ISO 9001 – ISO 14001 – OHSAS 18001 ó ISO 45001, ISO 18788 e ISO 39001): Sistema de gestión único que maneja múltiples aspectos del desempeño organizacional para cumplir los requisitos de más de una norma de gestión, en un nivel de integración determinado de integración. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Favor indicar el nivel de integración del sistema de acuerdo con:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS** | | | | | **SI** | **NO** |
| 1. La documentación del sistema se encuentra integrada para todas las normas del sistema | | | | |  |  |
| 2. La Revisiones por la dirección incluye todas las normas del sistema integrado | | | | |  |  |
| 3. La auditoría interna incluye las normas todas las normas del sistema integrado | | | | |  |  |
| 4. La política y objetivos incluye todas las normas del sistema integrado | | | | |  |  |
| 5. Los procesos de sistema se encuentra integrado para todas las normas del sistema | | | | |  |  |
| 6. Existe un enfoque integrado hacia mecanismos de mejora (acción correctiva y preventiva; medición y mejora continua) | | | | |  |  |
| 7. La gestión de los sistemas se realiza de manera integrada, existiendo responsable para todas las normas solicitadas | | | | |  |  |
|  | | | | | | |
| **3.6. Información para empresas que comparten sistema** | | | | | | |
| **ASPECTOS** | | | | | **SI** | **NO** |
| El sistema de gestión implementado en su organización tiene elementos transversales para dos o más empresas | | | | |  |  |
| Si su respuesta fue positiva, describa el nombre de la(s) empresa(s) con las cuales tiene los elementos transversales del sistema de gestión. | | | |  | | |
| Describa los elementos transversales de su sistema de gestión que permiten a las empresas mencionadas gestionar su sistema de gestión de manera conjunta. | | | |  | | |
| Adjunte a este formulario la información documentada que permita evidenciar los elementos transversales de su sistema de gestión, así como las cámaras de comercio para revisar las direcciones de las empresas. (Mapa de procesos, Manuales, reuniones gerenciales, entre otros) | | | | | | |
| **NOTA: Para solicitud de certificación en la norma ISO 39001 diligenciar el anexo A** | | | | | | |
| **3.7. En caso de solicitud con ISO 9001:2015:** | | | | | | |
| 3.7.1. Favor indicar los requisitos de la norma ISO 9001 que no son aplicables con su respectiva justificación, para el alcance del Sistema de Gestión de Calidad. | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 3.7.2. Favor indique los requisitos legales a los cuales están sometidos los productos y servicios (materiales o servicios) correspondientes a las actividades incluidas en alcance a certificar. | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **3.8. En caso de solicitud con ISO 14001:2015:** | | | | | | |
| 3.8.1 Favor indicar los principales requisitos legales ambientales a los que está sometida la Empresa, incluyendo otros compromisos ambientales adquiridos con las autoridades: | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **3.8.2 Describa los aspectos e impactos ambientales significativos de sus procesos y operaciones:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **3.9. En caso de solicitud con OHSAS 18001:2007 o ISO 45001:2018, favor diligencie lo siguiente** | | | | | | |
| **3.9.1 Favor indicar los requisitos legales de Seguridad y Salud en el Trabajo que aplica a su Empresa:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **3.9.2 Describa los peligros clave y riesgos de sus procesos y operaciones:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **3.9.3 Describa los principales materiales peligrosos utilizados en los procesos (SGSST – SGSV):** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **3.9.4 La organización está enfrentando procesos legales relacionados con SGSST y/o SGSV):** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **4. Por favor indicar la información relativa a todos los procesos contratados externamente utilizados por su empresa:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **5. Si su empresa ha contratado los servicios de alguna empresa de consultoría para la implementación del sistema por favor indicar el nombre de la empresa y los profesionales contratados:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **6. Tiene su empresa un certificado de sistemas de gestión emitido por otra entidad.** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| SI | NO | CUAL NORMA? | ORGANISMO EMISOR | | FECHA DE VENCIMIENTO | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. Información de Transferencias (Diligenciar solo si aplica)** | | | | |
|  | | | | |
| Organismo Emisor |  | Fecha de vencimiento |  | Estado actual del certificado:  Activo  Suspendido  Cancelado |
|  |  | En riesgo de Suspensión |
| Fecha de emisión |  | Fecha de ejecución y etapa de la última auditoría con el ente actual | Elija un elemento. | Información de No conformidades de la etapa actual  # NC Abiertas # NC Cerradas |
| Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
| Nombre del organismo Acreditador:  Razones de la transferencia: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **En caso de solicitar esta opción les pedimos el favor de adjuntar a este formulario el certificado del ente certificador del cual están certificados actualmente.** | | | | |

**Nombre Representante de la Empresa Firma, Ciudad y Fecha**

**ANEXO A**

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN ISO 39001**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descripción de rutas** | | | | |  |
| **Tipo de transporte (De acuerdo con el alcance solicitado)** | **N. de ruta** | **Tipo de vehículo (De acuerdo con el alcance solicitado)** | **Cantidad de vehículos** | **Cantidad de conductores por tipo de vehículo (Incluyendo contratistas)** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Descripción de sitios** | | | | |  |
| **Nombre del sitio** | **Ciudad** | **Cantidad de Rutas asociadas** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
|  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Anexo B**

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PARA LA NORMA ISO 18788:2018**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS** | **AMENAZAS / VULNERABILIDADES** | | | **NIVEL DE RIESGO ASOCIADO** | |
| Describa las amenazas (tipo, naturaleza y consecuencia) y vulnerabilidades con el nivel de riesgo significativo con potencial de causar un evento indeseable de la propia operación |  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
| Describa las amenazas (tipo, naturaleza y consecuencia) y vulnerabilidades con el nivel de riesgo significativo con potencial de causar un evento indeseable de la operación de la cadena de sumnistro y subcontratistas |  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
| Mencione las actividades / funciones / operaciones de la cadena de suministro y subcontratistas con las que cuentan actualmente |  | | | | |
| **La siguiente información será auditada en el proceso de auditoría por favor responda de acuerdo con la realidad** | **Sí** | **No** | **N.A.** | |
| ¿Tiene seguros para cubrir los riesgos y las responsabilidades asociadas que se deriven de sus operaciones y actividades? |  |  |  | |
| ¿La cobertura de los seguros cubre hasta las actividades subcontratistas según corresponda? |  |  |  | |
| ¿Ya tiene implementado SIPLAFT? |  |  |  | |
| ¿Cuenta con redes de apoyo? |  |  |  | |
| ¿Se aplica la detención de personas y su custodia? |  |  |  | |
| ¿Tiene implementado algún Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo para todas las sedes? |  |  |  | |
| ¿Cuenta con oficiales de cumplimiento? |  |  |  | |
| ¿La cobertura de ejercicios y otros medios para someter a prueba la pertinencia y eficacia de los planes, procesos y procedimeinto de su SGOS es para todas las sedes? |  |  |  | |