**Muchas gracias por considerar nuestros servicios. Agradecemos proporcionarnos la siguiente información para emitir un presupuesto de certificación adecuado y ajustado a sus requerimientos.**

|  |
| --- |
| **PARTE A – TIPO DE SOLICITUD** |
| ***Por favor marque con X la norma o normas a certificar*** |
| **ISO 9001** [ ]  | **ISO 14001** [ ]  | **ISO 45001** [ ]  | **ISO/IEC 27001** [ ]  | **ISO 37001** [ ]  | **eSCM** [ ]  | **Otra ¿Cuál?** [ ] Haga clic aquí para escribir texto. |

**Por favor diligencie las secciones A-B-C-D-E para todos los sistemas de gestión, para ISO 14001 por favor diligencie la sección F, para ISO 45001 diligencie la sección G, para ISO/IEC 27001 por favor diligencie la sección J, para ISO 37001 por favor diligencie la sección K**

|  |
| --- |
| **PARTE B – DETALLES DE LA ORGANIZACIÓN** |
| ***Nombre:*** |  |
| ***NIT*** |  |
| ***Dirección sede principal:*** |  |
| ***Ciudad sede principal:*** |  |
| ***Web:*** |  |
| ***Persona de contacto*** |  |
| ***Cargo*** |  |
| ***Teléfono de contacto*** |  |
| ***Email de contacto*** |  |
| ***Objeto social*** |  |
| ***\* Si su empresa posee más de una sede y desea una evaluación multisitio por favor remita junto con este formulario una hoja de cálculo con la siguiente información: Dirección del sitio, número de personas en cada sitio y procesos/actividades a evaluar en cada sitio.***  |
| **PARTE C– DETALLES DE PROCESOS** |
| ***Alcance del Sistema De Gestión a certificar por GCC*** |  |
| ***Procesos de la organización*** *(Todos los incluidos en el mapa de procesos)* |  |
| ***PROCESO A CERTIFICAR (Este será el proceso que aparecerá en su certificado)*** |  |
| ***EXCLUSIONES (Algunas normas permiten la exclusión de algunos numerales. Si los conoce por favor indíquelos).***  |  |
| ***TIPOS DE MATERIALES UTILIZADOS (Si aplica, por ejemplo, plástico, madera)***  |  |
| ***PRODUCTO O SERVICIO QUE OFRECE*** |  |
| ***CLIENTES PRINCIPALES POR SECTORES*** ***(Ejemplo telecomunicaciones, aeronáutica, gobierno…)*** |  |
| ***CONDICIONES DE SEGURIDAD PARA INGRESO DEL PERSONAL (Ejemplo: Botas de seguridad, cofia, casco etc.)*** |  |
| ***LEGISLACIÓN APLICABLE: Si por su actividad está obligado a aplicar alguna legislación, por favor indíquela:*** |  |
| ***PROCESOS SUBCONTRATADOS. Si su organización subcontrata algún proceso como por ejemplo reclutamiento, transporte, gestión humana, indíquelo por favor.***  |  |

|  |
| --- |
| **PARTE D – CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN A COTIZAR** |
| ***Número total de empleados:*** |  |
| ***Número de empleados en sede principal*** |  |
| ***Número de empleados por sede:*** ***(En caso de ser multisitio)*** |  |
| ***Número de empleados a tiempo completo:*** |  |
| ***Número de empleados a tiempo parcial*** ***(menos de 8 horas)*** |  |
| ***Número de empleados que viaja*** |  |
| ***Detalle de turnos / horarios*** |  |
| ***Número de personal directivo*** *(incluidos dueños del proceso)* |  |
| ***Número de personal operativo*** *(incluido personal temporal)* |  |
| ***De acuerdo con su organigrama indique el número de personas por cargo (ejemplo: Coordinadores 5, secretarias 12, Gerente 1.*** *Inserte las filas que sean necesarias* | ***SEDE PRINCIPAL*** |
| ***Cargo*** | ***Número de personas*** | ***Número efectivo de Personal (Uso exclusivo de GCC)*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***SEDES ADICIONALES DENTRO DEL ALCANCE DE CERTIFICACIÓN (Incluya tantos campos para sedes adicionales como sean necesarios para reportar el personal por sedes dentro del alcance de certificación)*** |
| ***Cargo*** | ***Número de personas*** | ***Número efectivo de Personal (Uso exclusivo de GCC)*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **PARTE E – DETALLES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN** |
| ***Idioma de la documentación del SG*** |  |
| ***¿Sus productos cumplen con otras normas o reglamentaciones? Por favor especifique*** |  |
| ***Fecha prevista de la auditoría de certificación*** |  |
| ***¿En su organización se ha prestado consultoría relacionada con el Sistema de Gestión que se va a certificar?*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, ¿Quién la proporcionó?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| **PARTE F – DETALLES DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL DE LA ORGANIZACIÓN** |
| ***La organización posee una mayor sensibilidad del entorno en comparación con la ubicación típica del sector industrial*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, indique cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| ***Posee Legislación específica al Sector de negocio que deba cumplir*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, indique cual legislación debe cumplir;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| ***Aspectos medioambientales o condiciones reguladas adicionales o adicionales para el sector*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, indique cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| ***Riesgos de accidentes o impactos medioambientales y posibles situaciones de emergencia*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, indique cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| ***Procesos tercerizados que afecten al SGA*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, indique cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| ***Otros aspectos que puedan incidir en el Sistema de Gestión ambiental*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, indique cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| **PARTE G – DETALLES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA ORGANIZACIÓN** |
| ***Tasa de accidentalidad y enfermedades profesionales*** |  |
| ***Los usuarios finales de sus productos deben estar presentes en la organización (Hospitales, escuelas, aeropuertos, puertos de transporte, transporte público).*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, indique porque:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| ***La organización posee actualmente investigaciones judiciales relacionadas con Seguridad y Salud en el trabajo*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, indique cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| ***Para la prestación de sus servicios o la fabricación de productos debe contar con presencia de sub contratistas*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, indique porque:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| ***Existen sustancias peligrosas que expongan la organización a accidente industriales graves*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, indique cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| ***La organización posee otras instalaciones en el ámbito de la aplicación diferentes al país de origen*** | ***SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_******En caso de ser afirmativo, indique cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| **PARTE H – INFORMACIÓN DE OTROS SISTEMAS DE GESTIÓN**(Si su organización cuenta con un sistema de gestión previamente certificado, esto redundará en una reducción del tiempo de auditoría) |
| ***¿Tienen un SG certificado?*** |  |
| ***En caso afirmativo, ¿qué entidad certificó el sistema?*** |  |
| ***Fecha de certificación*** |  |
| **PARTE I – SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO** |
| ***¿Cuenta con un sistema de gestión integrada?*** | Elija un elemento. |
| ***¿Se cuenta con una única metodología de gestión de riesgos?*** |  |
| ***¿Se maneja un alcance del sistema de gestión integrado?*** |  |
| ***¿Se realizan auditorías internas de los referentes en el alcance?*** |  |
| ***¿Se maneja una única revisión por la dirección en la que se encuentran todas las entradas y salidas de los referentes dentro del alcance?*** |  |
| ***¿Se maneja un enfoque integrado de la política y los objetivos?*** |  |
| ***¿La documentación del sistema se encuentra integrada?*** |  |
| ***¿Se maneja un enfoque integrado de los procesos de los sistemas?*** |  |
| ***¿Se cuenta con un enfoque integrado de mecanismos de mejora, (acción correctiva y preventiva, la medición y la mejora continua)?*** |  |
| **PARTE J - REQUERIMIENTOS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN ISO/IEC 27001** |
| ***¿Su sistema de gestión de la seguridad de la información ha sido evaluado anteriormente?*** | **Sí** [ ]  **No** [ ]  | ***En caso que la respuesta sea SÍ, indique tanto la fecha como la organización que realizo la evaluación*** |  |
| ***¿Su organización maneja información sensible?*** |  **Sí** [ ]  **No** [ ]  |
| ***¿Existe cualquier información relacionada con el SGSI (tales como registros del SGSI o información acerca del diseño y efectividad de controles) que no pueda estar disponible para revisión por el equipo auditor porque contiene información sensible o confidencial?*** |  **SÍ** [ ]  **No** [ ]  |
| ***En caso afirmativo por favor especifique la información:***  |
|  |
| ***Clasifique su información de acuerdo con los criterios de confidencialidad, disponibilidad e integridad en alto, medio y bajo***  | **Confidencialidad****Elija un elemento.** | **Disponibilidad****Elija un elemento.** | **Integridad****Elija un elemento.** |
| ***Indique cuáles son los controles del anexo A de la norma ISO/IEC 27001 que no aplica*** ***(Exclusiones del Anexo A)***  |  |
| ***Cuenta con sedes de recuperación de desastres (redundantes o alternas)*** | **Sí** [x]  **No** [ ]  | ***En caso afirmativo por favor indique la cantidad:***  |  |
| ***Tipos de redes y cantidad de cada una*** |  |
| ***Cantidad de plataformas tecnológicas***  |  |
| ***Número de usuarios*** |  |
| ***Numero de servidores de base de datos*** |  |
| ***Número de puestos de trabajo*** |  |
| ***Numero de aplicaciones claves para su operación***  |  |
| ***¿En su organización realizan desarrollo in-house o subcontratado?*** | ***In house*** [ ]  ***Subcontratado*** [ ] ***Ninguno de los anteriores*** [ ]  |
| ***Requisitos legales aplicables al SGSI*** |  |
| ***Sector específico de la Organización*** |  |
| **PARTE K - REQUERIMIENTOS SISTEMA DE GESTIÓN ANTISOBORNO** |
| ***¿Su sistema de gestión antisoborno ha sido evaluado anteriormente?*** | **Sí** [ ]  **No** [ ]  | ***En caso que la respuesta sea si indique fecha y quien realizo la evaluación*** |
| ***Detalle del alcance, referencie el alcance y la justificación del mismo teniendo en cuenta el análisis de riesgo establecido y las actividades críticas de la operación a que está dirigido el alcance.*** | ***Alcance:***  |  |
| ***Justificación:***  |  |
| ***Detalle de las exclusiones. Tenga en cuenta que las exclusiones están orientadas a sedes o procesos de la organización teniendo en cuenta el análisis de riesgo***  | ***Exclusión:***  |  |
| ***Justificación:***  |  |
| ***Requisitos legales aplicables***  |  |
| ***Sector específico de la Organización*** |  |
| ***Especifique cuantas actividades se están desarrollando en diferentes lugares*** |  |
| ***Número total de proveedores*** |  |
| ***Número de proveedores que interactúa con sus clientes*** |  |
| ***Número de agentes o intermediarios que interactúan en su nombre con sus clientes*** |  |
| ***¿Interactúa su organización a través de funcionarios con entidades públicas nacionales o extranjeras?*** | **Sí** [ ]  **No** [ ] **Frecuencia: alta (Constantemente)** [ ]  **media (esporádicamente)** [ ]  **baja (nunca)**[ ]  |

*Nota: Todas las solicitudes recibidas serán gestionadas por Global Colombia Certificación de forma independiente sin incurrir en favorecimiento o discriminación de ningún tipo. No será motivo de favorecimiento ninguna circunstancia previa que incluye, pero no se limita a capacitaciones recibidas, certificación en el mismo u otro referente, u organizaciones referenciadas. Cualquier irregularidad evidenciada será penalizada de acuerdo con las acciones determinadas por el Comité de Imparcialidad.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diligenciado por: |  | Fecha: |  |

### GRACIAS POR DILIGENCIAR ESTA SOLICITUD DE PRESUPUESTO

**Espacio exclusivo para GCC**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿La información relativa al Cliente solicitante y a su sistema de gestión es suficiente para desarrollar el programa de auditoria?**SI** [ ]  **NO** [ ]  | ¿Se ha resuelto cualquier diferencia de entendimiento conocida, entre GCC y el Cliente?**SI** [ ]  **NO** [ ]  | ¿Se entiende el alcance de la certificación?**SI** [ ]  **NO** [ ]  | ¿Existe alguna amenaza a la imparcialidad?**SI** [ ]  **NO** [ ]  |
| ¿GCC cuenta con la competencia y la capacidad para prestar el servicio solicitado?**SI** [ ]  **NO** [ ]  | ¿El Cliente diligenció las ubicaciones donde se lleva a cabo sus operaciones?**SI** [ ]  **NO** [ ]  | ¿Es claro el idioma de la auditoria?**SI** [ ]  **NO** [ ]  |

Verificado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fin del documento