Apreciado cliente, agradecemos su interés en nuestros servicios de certificación. La siguiente información tiene como propósito conocer las características de su organización y sistema de gestión para presentarle una propuesta adecuada.

Por favor considere que dicha información debe ser suministrada por personal autorizado de su organización, ya que de esta forma se avala su veracidad.

Si tiene dudas sobre el registro de la información, por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros y con todo gusto le atenderemos.

# INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE / TITULAR DEL CERTIFICADO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre o razón social: |  | | | |
| Dirección: |  | Ciudad / país: | |  |
| Gerente, director o representante legal: |  | NIT: |  | |
| E-mail: |  | Teléfono: |  | |
| Persona de contacto: |  | Cargo: |  | |
| E-mail: |  | Teléfono: |  | |
| Sitio Web: |  | | | |

## Información de la persona designada como representante de la Dirección para el Sistema de gestión:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Cargo: |  | |
| E-mail: |  | Teléfonos: |  | |
| Dirección |  | Ciudad / país | |  |
| Sitio Web: |  | | | |

# SERVICIO SOLICITADO:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Certificación inicial: |  | Renovación de la Certificación: |  |
| Seguimiento de la Certificación: |  | Ampliación o Reducción del alcance técnico de la certificación: |  |
| \*\*Transferencia del certificado: |  | Ampliación o Reducción del alcance geográfico de la certificación: |  |
| Otro: |  | \*Preauditoria: |  |

**\*Nota:** El servicio de preauditoria es opcional y es para aquellos clientes que desean identificar las falencias de su Sistema de Gestión, con el propósito conocer si están preparados o no para realizar la auditoria de certificación. Esta actividad NO es una Auditoria Interna y es independiente de la auditoria de Certificación.

**\*\*Nota:** Al marcar la casilla de Transferencia, únicamente es necesario diligenciar los puntos, 1, 1.1, 2 y proceder a diligenciar el **ANEXO A. TRANFERENCIA DE LA CERTIFICACIÓN.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Norma solicitada** | | | |
| **\*ISO 9001:2015** Sistema de Gestión de la Calidad: |  | **\*ISO 14001:2015** Sistema de Gestión Ambiental |  |
| **\*ISO 45001:2018** Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: |  | **ISO 37001:2016** Sistema de Gestión Antisoborno: |  |
| **ISO 39001:2012** Sistema de Gestión de Seguridad Vial: |  | Otra; cual: |  |
| Fecha en la que planea recibir la auditoría: | |  | |
| Idioma en el que se debe realizar la auditoría: | |  | |

**\*Nota:** Normas con acreditación ONAC

# En el caso de haber contratado el servicio de consultoría o auditoría interna, por favor indique el nombre de la empresa/asesor o persona que le prestó el servicio.

|  |
| --- |
| Nombre empresa/asesor externo: |
| Teléfono: |
| Email: |

# INFORMACIÓN DEL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN Y SITIOS DE AUDITORIA INVOLUCRADO EN EL ALCANCE:

Relacione el personal que se encuentra en las instalaciones de su empresa, proyectos, sitios temporales, incluyendo contratistas y personal directo asociado. Mencione también las actividades desarrolladas en sus instalaciones, proyectos u otros sitios. Incluya las actividades / procesos contemplados en el alcance de la certificación, que son contratados de forma externa, también el personal que es contratado de forma externa.

El personal, sitios y proyectos reportados en este apartado, serán verificados en la ejecución del servicio, cualquier diferencia puede generar variaciones en el tiempo de auditoria ofertado.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sitio / Lugar donde se realizará la auditoría** | **\*INDICAR SI ELSITIO ES Temporal o proyecto /Permanente/ Virtual** | **Tiempo de desplazamiento al sitio.** | **Actividades y/o Procesos incluidos en el alcance desarrollados el sitio** | **CARGO: Gerencial**  **Administrativo Operativo** | **Tareas Repetitivas**  **(SI / NO)** | **No. De personas en el cargo** | **Tipo de contrato: Directo Contratista Temporal**  **Asociado** | **\*\*No. Turnos aplicables al cargo y horarios** |
| Dirección – Ciudad  oficina central: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Dirección – Ciudad  Sitio 1: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Dirección – Ciudad  Sitio 2: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Dirección – Ciudad  Sitio 3: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\*** Para los sitios, indicar si son propios (pertenecen legalmente a su organización) y/o si son proyectos o sitios que no pertenecen legalmente a si organización, pero es donde se presta el servicio que cubre total o parcialmente la actividad/alcance.

**\*\***Para Certificaciones de **SG-SST**, al menos uno de los turnos dentro y fuera del horario regular de oficina deberá ser auditado durante el ciclo de certificación. Si requiere más casillas, copie, pegue o inserte filas tantas veces como necesite.

# INFORMACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN

## Procesos:

|  |  |
| --- | --- |
| Número de procesos que tiene el sistema de gestión de la organización: |  |
| ¿Algún proceso es tercerizado / contratado externamente? (SI /NO) |  |
| Si la respuesta anterior fue **SI**, indique que proceso(s) se encuentran tercerizado y si este se realiza dentro de la misma empresa o en otro lugar:   |  |  | | --- | --- | | **Proceso** | **Dirección (Ciudad, Departamento – País)** | |  |  | |  |  | | |
| Si algún proceso es tercerizado, por favor indique el cargo del personal que realiza la actividad por proceso:   |  |  | | --- | --- | | **Proceso** | **Cargo (Gerencial, Administrativo, Operativo)** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | |

## Alcance del sistema de gestión

Por favor describa el alcance de certificación considerando el tipo de actividades de operación del negocio, productos y servicios según sea el caso, aplicable a las instalaciones o procesos que incluyan la certificación para el cual se está presentando esta solicitud. El alcance debe estar soportado por actividades o proyectos vigentes en el momento de ejecución de la auditoria.

Se recomienda seleccionar para la descripción de actividades palabras como diseño, manufactura, instalación, servicio de mantenimiento, producción, venta, prestación de servicio.

El alcance no debe ser genérico, si la actividad es “Construcción de obras civiles” o “Transporte de carga”, se debe indicar y especificar qué tipo de obras construyen y el tipo de carga, medio de transporte, etc.

**Ejemplos:**

Diseño y construcción de obras de infraestructura vial en la ciudad de Bogotá – Colombia.

Prestación de servicios de transporte terrestre de carga seca, líquida, refrigerada, a granel a nivel nacional.

Prestación de servicios de transporte terrestre automotor: escolar, empresarial y de turismo de pasajeros a nivel nacional.

Servicios de consultoría en interventoría, auditoria, asesoría en el desarrollo de proyectos en diferentes áreas del conocimiento como son las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC).

|  |  |
| --- | --- |
| **Norma(s) a auditar** | **Alcance propuesto**  (si es un alcance integral, registe en una misma fila las normas aplicables) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Si es una solicitud de modificación de alcance (aplica para seguimientos – recertificación), por favor indicar el alcance actual según el certificado aprobado y registrar el nuevo alcance (incluyendo los sitios/sedes en caso de ser ampliación de alcance geográfico o indicar los sitios que desean retirar en caso de reducción de alcance).

|  |  |
| --- | --- |
| Diligenciar en caso de ampliación, reducción de alcance Técnico y/o Geográfico | |
| Norma(s): | Alcance actual: |
| Sede/sitios: |
| Norma(s) | Alcance final: |
| Sedes/sitios: |

El alcance propuesto puede ser modificado como resultado de la auditoría reflejando las actividades que cumplen con el sistema de gestión implementado.

## Servicios que incluyan 2 o más sistemas de gestión (si aplica)

Responda sí o no en las siguientes preguntas, si se cuenta con un sistema de gestión integrado:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ¿La documentación del sistema se encuentra integrada para todas las normas del sistema? |  |
| 1. ¿La Revisión por la dirección incluye todas las normas del sistema de manera integrada? |  |
| 1. ¿La empresa realiza revisiones por la dirección que tengan en cuenta las estrategias, objetivos generales y plan de negocio de manera integrada? |  |
| 1. ¿Las auditorías internas tienen un enfoque integrado? |  |
| 1. ¿La política y objetivos están definidos para todas las normas del sistema de manera integrada? |  |
| 1. ¿En la definición e implementación de los procesos se ha contemplado el cumplimiento de los requisitos de todas las normas del sistema de gestión integrado? |  |
| 1. ¿Existe un enfoque integrado hacia mecanismos de mejora (acción correctiva y preventiva; medición y mejora continua)? |  |
| 1. ¿La gestión de los sistemas se realiza por medio de responsabilidades a la gestión integrada? |  |

Las siguientes preguntas solo se responden en caso de requerir una certificación inicial:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ¿Se han efectuado auditorías internas y revisión por la dirección dentro de los 12 meses anteriores? |  |
| 1. ¿El Sistema de gestión se ha implementado con un tiempo mínimo de tres meses a partir de la revisión por la dirección? |  |
| 1. ¿documentación del sistema se encuentra integrado para todas las normas del sistema? |  |
| 1. ¿La Revisiones por la dirección incluye todas las normas del sistema integrado? |  |
| 1. ¿La auditoría interna incluye la verificación de todos los requisitos de las normas que conforman el sistema integrado? |  |
| 1. ¿La política y objetivos están definidos para todas las normas del sistema de gestión integrado? |  |
| 1. ¿En la definición e implementación de los procesos se ha contemplado el cumplimiento de los requisitos de todas las normas del sistema de gestión integrado? |  |

# USO DE TECNOLOGIAS DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN (TIC)

En caso de que llegara a presentarse la necesidad del uso de las tecnologías de comunicación e información (TIC) durante la auditoria, por favor indicar lo siguiente:

* La organización / cliente autoriza el uso de TIC durante el desarrollo de la auditoria de conformidad bajo la regulación vigente de seguridad de la información.

SI  NO

* Por favor indique el tipo se software de comunicación con el que cuenta (ej. Skype, GotoMeeting, Teams, etc.)

|  |
| --- |
| 1) |
| 2) |
| 3) |
| 4) |
| 5) |
| 6) |

**Nota:**

El uso de TIC durante la auditoría puede incluir entre otros, reuniones por medio de teleconferencia incluyendo audio y video, acceso remoto a documentos y registros de forma sincrónica o asincrónica, evidencia mediante videos, acceso visual o de audio a ubicaciones remotas.

La aprobación para uso de TIC durante la auditoría se realiza por parte de SERVIMETERS como parte del proceso de la revisión de la solicitud de certificación.

# DESCRIPCIÓN DE INFORMACIÓN RESPECTO AL SERVICIO SOLICITADO

## Solicitud para ISO 9001:

|  |
| --- |
| Registrar los requisitos de la norma ISO 9001 que no son aplicables en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad. Justificar. |
|  |
|  |
|  |
| Registrar los requisitos legales a los cuales están sometidos los productos y servicios (materiales o servicios) correspondientes a las actividades incluidas en la solicitud. |
|  |
|  |
|  |
| Registrar los principales riesgos generados por las actividades incluidas en la certificación. |
|  |
|  |
|  |

## Solicitud para ISO 14001:2015:

|  |
| --- |
| Registrar los principales requisitos legales ambientales a los que está sometida la Empresa, incluyendo otros compromisos ambientales adquiridos con las autoridades: (Permisos, licencias, autorizaciones) |
|  |
|  |
|  |
| Indique los aspectos e impactos ambientales significativos de sus procesos y operaciones: |
|  |
|  |
|  |
| **Registre los incidentes graves ocurridos y los incumplimientos regulatorios en el último año o que se encuentren en curso, con injerencia y/o participación de las autoridades regulatorias competentes.** |
|  |
|  |
|  |

## Solicitud para ISO 45001:2018:

|  |
| --- |
| Registrar los requisitos legales de Seguridad y Salud en el Trabajo que aplica a su Empresa: |
|  |
|  |
|  |
| Describa los peligros clave y riesgos de sus procesos y operaciones: |
|  |
|  |
|  |
| Describa los principales materiales peligrosos utilizados en los procesos: |
|  |
|  |
|  |
| La organización está enfrentando procesos legales relacionados con SGSST: |
|  |
|  |

## Solicitud para ISO 37001:

|  |
| --- |
| Registrar los requisitos de la norma ISO 37001 que no son aplicables en el alcance del Sistema de Gestión de Antisoborno. Justificar. |
|  |
|  |
|  |
| Registrar los requisitos legales a los cuales están sometidos los productos y servicios (materiales o servicios) correspondientes a las actividades incluidas en la solicitud. |
|  |
|  |
|  |

## Solicitud para ISO 39001:

|  |
| --- |
| Registrar los requisitos de la norma ISO 39001 que no son aplicables en el alcance del Sistema de Gestión de Seguridad Vial. Justificar. |
|  |
|  |
|  |
| Registrar los requisitos legales a los cuales están sometidos los productos y servicios (materiales o servicios) correspondientes a las actividades incluidas en la solicitud. |
|  |
|  |
|  |

**Importante:** Si los datos aquí suministrados cambian desde el diligenciamiento del presente formulario hasta el momento de la auditoría, los tiempos de auditoria pueden verse afectados.

## FORMALIZACIÓN DE LA SOLICITUD

Se debe indicar la información de la persona que diligencia el presente formato.

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitud elaborada por:** |  |
| **Cargo:** |  |
| **Fecha:** |  |

Favor devolver la solicitud debidamente diligenciada por vía mail.

**Nota**: Al formalizar la solicitud se acepta la política de tratamiento de datos la cual puede consultar en la página web de Servimeters S.A.S, [www.servimeters.com](http://www.servimeters.com).

**REVISIÓN TÉCNICA DE LA SOLICITUD (ESPACIO RESERVADO PARA SEVIMETERS S.A.S)**

**8.1. REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Los esquemas se encuentran dentro del alcance de servicio de Certificación de Servimeters S.A.S | **Si** | **No** | **NA** |
|  |  |  |
| La información aportada es suficiente para elaborar una oferta comercial, y para elaborar un programa de auditoría (si aplica). | **Si** | **No** | **NA** |
|  |  |  |
| Se cuenta con personal calificado para la realización de la auditoria, de acuerdo con el listado de profesionales de certificación de Servimeters S.A.S. | **Si** | **No** | **NA** |
|  |  |  |
| la información relativa a la organización solicitante y a su sistema de gestión es suficiente para desarrollar un programa de auditorías | **Si** | **No** | **NA** |
|  |  |  |

**8.2. PERSONAL NECESARIO PARA EL PROCESO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Rol o cargo requerido** | **Tiempo asignado (días)** | **Código IAF / Área Técnica** |
|  |  |  |  |

Para el cálculo de los tiempos de auditoría, se emplearon los lineamientos de los documentos Anexos de determinación de tiempos de auditoría de acuerdo con el esquema a certificar.

**8.3. IDIOMA EN EL QUE SE VA A REALIZAR LA AUDITORÍA:**

**¿Se requiere de traductor o intérprete?: SI\_\_\_ NO \_\_\_**

**8.4 OBSERVACIONES:**

|  |
| --- |
| Observaciones por el profesional de certificación que realizó la revisión: |
| Observaciones para ser incluidas en la oferta comercial: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información verificada por:** |  | **Firma:** |  | **Fecha:**  aaaa/mm/dd |  |

**ANEXO A. TRANFERENCIA DE LA CERTIFICACIÓN**

El siguiente Anexo debe ser diligenciado y suministrado por personal autorizado de su organización, de esta forma de garantizará la veracidad de esta.

Para cualquier pregunta, duda o inquietud sobre nuestros servicios o el debido diligenciamiento del Anexo, por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros y con todo gusto será atendido.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Información de Transferencias.** Diligenciar solo si aplica y por favor adjuntar a este formulario copia del certificado(s) de sistemas de gestión vigente­­­(s).   La Transferencia de una Certificación está regulada por el documento IAF MD 2: 2017 y se define como el reconocimiento de una certificación válida y existente, otorgada por un Organismo de Certificación-emisor y aceptada por otro, denominado “receptor” para los propósitos de emitir su propia certificación.  **Importante:** Si desea realizar la transferencia de su certificación, por favor tener en cuenta el debido diligenciamiento de los puntos 1, 1.1, 2 del presente documento. | | | | |
| Organismo emisor:  Organismo de Acreditación: | | Estado actual del certificado / certificados:  Activo  Suspendido  Cancelado | | |
| 1. Normas que desea transferir: Por favor marque sobre que Sistemas de Gestión desea efectuar la Transferencia de su Certificación: | | | | |
| Norma | Número de Certificado | | Fecha Inicial de certificación | Fecha de vigencia o expiración de la certificación |
| ISO 9001:2015 |  | |  |  |
| ISO 14001.2015 |  | |  |  |
| ISO 45001:2018 |  | |  |  |
| ISO 37001:2017 |  | |  |  |
| ISO 39001:2012 |  | |  |  |
| 1. Alcance de las certificaciones: Por favor describa el Alcance de Certificación de su Organización: | | | | |
| Por favor indicar la siguiente información relativa a la última auditoria que haya llevado a cabo el Organismo de Certificación “Emisor”: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Norma** | **Fecha última auditoria** | **Tipo de Auditoria (Inicial, Seguimiento 1 / 2, Recertificación)** | **No. de No Conformidades registradas**  **Mayores/Menores** | **Estado de las No Conformidades (Abiertas I cerradas por el OEC emisor)** |
| ISO 9001:2015 |  |  |  |  |
| ISO 14001.2015 |  |  |  |  |
| ISO 45001:2018 |  |  |  |  |
| ISO 37001:2017 |  |  |  |  |
| ISO 39001:2012 |  |  |  |  |
| 1. **Quejas:** Por favor indíquenos si ha recibido alguna Queja, ya sea de sus clientes o terceras partes:   SI  NO  Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor indicar el tratamiento de estas y el cierre: | | | | |
| Por favor indicar si actualmente tienen algún compromiso con algún Organismos Regulatorios relacionado con su cumplimiento legal:  SI  NO  En caso afirmativo, por favor indique las razones y las acciones tomadas para su atención y las fechas de cierre: | | | | |
| Indíquenos por favor si actualmente tienen algún compromiso con Organismo de Certificación emisor relacionados con su certificación:  SI  NO  En caso afirmativo, por favor indique las razones y las acciones tomadas para su atención y las fechas de cierre: | | | | |
| 1. **Indicar los motivos por los cuales desea realizar la transferencia de su certificación:** | | | | |

Para complementar el proceso de Transferencia es indispensable que por favor nos proporcione la siguiente documentación:

Documentos requeridos para realizar la Revisión de Pre-Transferencia:

1. Todos los reportes de auditoría, que comprenden los eventos del ciclo de certificación;

2. Todos los registros de NC Mayores y Menores que se hayan registrado en las diferentes auditorias, que comprenden el ciclo de certificación;

3. En caso de NC Mayores, evidencias de atención y cierre por parte del OC emisor, de cada una de estas;

4. En caso de NC Menores, evidencias de los planes de acción (preferentemente incluyendo análisis de causa) y aceptación de los mismos por parte del OC emisor, de cada una de las NC Menores registradas;

5. Certificado(s);

*Con el Anexo A diligenciado, la persona declara ser personal autorizado por la organización para proporcionar la información referida en este cuestionario y manifiesta que la misma, es veraz y ha sido suministrada con el mejor detalle posible, para los efectos propios de esta solicitud.*