

## SOLICITUD DE OFERTA DE CERTIFICACIÓN

Nº de Solicitud:

Fecha Solicitud:

Para poder ofrecer nuestros servicios de certificación, rogamos sean cumplimentados la totalidad de los apartados existentes en este impreso, refiriendo en ellos, toda la información correspondiente a la organización para la cual se solicitan los servicios de certificación. Asimismo, les recordamos la necesidad de identificar la persona designada que cumplimentó esta solicitud, quien asumirá la responsabilidad de haber declarado verazmente la información aquí contenida.

### -A- DATOS DE LA ORGANIZACIÓN SOLICITANTE

Razón Social:				NIF:				
Dirección:		C.P.:		Tel.:				
Población:				Fax:				
Provincia:				Web:				
Persona de Contacto:		Cargo:		e-mail:				
Representante Legal:				Cargo:				
Total Nº de empleados:	Fijos:		Nº de Turnos:	1º	2º	3º	Nº Directivos:	
	Eventuales:						Nº Administrativos:	
	Subcontratados:						Nº Comerciales:	
							Nº Técnicos / Encargados:	
						Nº de Operarios:		
						Nº de Otros.....		

**NOTA:** Si la organización solicita la certificación para más de un centro de trabajo, deberá facilitar los datos referidos a la dirección, las actividades desarrolladas en ellos y el número de empleados en cada uno.

#### DIRECCIÓN DEL CENTRO A CERTIFICAR:

Dirección	Población	Cod. Postal	Nº empleados	Nº de Turnos

Marcar con una "X", en caso de existir centros adicionales, debe cumplimentar el ANEXO F

### -B- DATOS DE LA ACTIVIDAD A CERTIFICAR

ACTIVIDAD QUE DESEA CERTIFICAR:	
---------------------------------	--

#### CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN:

Identifique los diferentes procesos desarrollados por su organización y que forman parte del Alcance de Certificación solicitado. Identifique número de empleados dedicados a éstos	Procesos			Nº Empleados	
	A				
	B				
	C				
	D				
E					
Indique si su SGC contempla la "EXCLUSIÓN" de alguno de los requisitos del capítulo 7 de la norma de referencia.	SI	NO	Indicar cuales:		
¿Ha recibido ayuda externa a través de asesoramiento o consultoría para implementar su SGC / SGMA?	SI	NO	En caso afirmativo, indicar empresa Consultora y Nombre del Consultor	Empresa Consultora Nombre del Consultor	
¿Se encuentra su organización preparada para afrontar la auditoría?	SI	NO	Indicar fecha aproximada propuesta para la auditoría		

#### ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL ENTORNO DE LA CERTIFICACIÓN: (indicar aquellas que realicen, sean o no subcontratadas)

Diseño       Fabricación       Comercialización       Distribución       Prestación de Servicios

#### ACTUACIONES EN EL EXTERIOR: (obras, instalaciones, prestación de servicios...), si se realizan indicar ámbito:

Local       Regional       Nacional       Internacional

#### NORMAS BAJO LAS QUE SE DESEA CERTIFICAR:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certificación Inicial del Sistema.            | <input type="checkbox"/> UNE-EN ISO 9001   | <input type="checkbox"/> ISO/TS 16949                   |
| <input type="checkbox"/> Ampliación del Alcance de la Certificación.   | <input type="checkbox"/> UNE-EN ISO 14001 *  | <input type="checkbox"/> ISO/IEC 27001                  |
| <input type="checkbox"/> Modificación del Alcance de la Certificación. | <input type="checkbox"/> Reglamento EMAS *   | <input type="checkbox"/> ISO/IEC 20000.                 |
| <input type="checkbox"/> Renovación de la Certificación.               | <input type="checkbox"/> OHSAS 18001 *   | <input type="checkbox"/> UNE-166002.                    |
| <input type="checkbox"/> Transferencia de la Certificación.            | <input type="checkbox"/> UNE-EN ISO 22000 *  | <input type="checkbox"/> Plan de Continuidad de Negocio |
|  | <input type="checkbox"/> UNE-EN 13816  | <input type="checkbox"/> _____                          |
|  | <input type="checkbox"/> Integrados (Si el sistema es integrado, indique todas las normas que lo integran y marque esta casilla) |   |

**NOTA:** Para las Normas ISO 14001 y/o EMAS y/o OHSAS 18001 y/o 22000 y/o 27001 y/o 20000, deberán cumplimentarse los anexos correspondientes.

#### Responsable de cumplimentar esta Solicitud:

Nombre:	
Cargo:	

quien declara que las informaciones anteriores son sinceras y verídicas

Firma del Responsable de cumplimentar esta Solicitud

Firma y Sello de la Empresa

## SOLICITUD DE OFERTA DE CERTIFICACIÓN

Nº de Solicitud:

Fecha Solicitud:

Para poder ofrecer nuestros servicios de certificación, rogamos sean cumplimentados la totalidad de los apartados existentes en este impreso, refiriendo en ellos, toda la información correspondiente a la organización para la cual se solicitan los servicios de certificación. Asimismo, les recordamos la necesidad de identificar la persona designada que cumplimentó esta solicitud, quien asumirá la responsabilidad de haber declarado verazmente la información aquí contenida.

### -C- INFORMACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN ISO 14001 / EMAS

**Cumplimentar solamente si desean presupuesto de Certificación ISO 14001 y/o EMAS**

Razón Social:		NIF:	
---------------	--	------	--

**LOCALIZACIÓN DE LAS INSTALACIONES DE LA ORGANIZACIÓN:**

Zona Urbana     
  Zona Industrial     
  Otras (especificar): \_\_\_\_\_

Indique la calificación urbanística del suelo donde está ubicado el centro de trabajo:					
¿Dispone su Organización de Licencia de Actividad / apertura / funcionamiento para los centros incluidos en el alcance de la certificación?:	SI	NO	Si la respuesta es "NO" indique si la ha solicitado:	SI	NO
¿Ha realizado una evaluación ambiental?:	SI	NO	Si la respuesta es "NO" indique si la ha solicitado:	SI	NO

**PRINCIPALES ASPECTOS AMBIENTALES:**

Indique el CNAE de la actividad que quiere certificar:	
Indique los productos que produce o los servicios que presta:	
Indique el tipo de materiales que utiliza en sus actividades (Ej: Acero, Hierro, Papel, Madera, etc.)	
Indique los principales residuos, vertidos, emisiones y otros aspectos que genere o consuma, derivados de las actividades objeto de Certificación:	
Indique los principales permisos, autorizaciones o licencias de que dispone, así como cualquier otra obligación legal que considere relevante:	
Indique cuáles son sus principales clientes: (Ej.: Industria del automóvil, organismos públicos, industrias, ingenierías, detallistas, particulares, etc.).	

## SOLICITUD DE OFERTA DE CERTIFICACIÓN

Nº de Solicitud:

Fecha Solicitud:

Para poder ofrecer nuestros servicios de certificación, rogamos sean cumplimentados la totalidad de los apartados existentes en este impreso, refiriendo en ellos, toda la información correspondiente a la organización para la cual se solicitan los servicios de certificación. Asimismo, les recordamos la necesidad de identificar la persona designada que cumplimentó esta solicitud, quien asumirá la responsabilidad de haber declarado verazmente la información aquí contenida.

### -D- INFORMACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN OHSAS 18001

**Cumplimentar solamente si desean presupuesto de Certificación OHSAS 18001**

Razón Social:		NIF:	
---------------	--	------	--

Modalidad del Servicio de Prevención de la Organización:  Ajeno  Propio  Mixto  
 En el caso de ser propio,  Asumiendo la vigilancia de la salud  Sin asumir la vigilancia de la salud  
 En caso de ser ajeno, indique el nombre o razón social: \_\_\_\_\_

En caso de ser mixto, describa las disciplinas preventivas asumidas por la propia empresa:	_____
	_____
	_____

Para Organizaciones con varias Razones Sociales indicar si el Servicio de Prevención es Mancomunado:  Si  No

Indicar las Razones Sociales que desea someter a Auditoría Legal:	_____
	_____
	_____

¿Alguna de las actividades realizada por su Organización está englobada en el Anexo I (RD 39/97)?  Si  No  
 Desea informe de auditoría a los efectos del artículo 29 del Real Decreto 37/1997? (auditoría obligatoria)  Si  No  
 ¿Su actividad está incluida en el anexo I del Reglamento de los Servicios de Prevención?  Si  No  
 En caso afirmativo pero con carácter parcial, indique el centro de trabajo incluido: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indicar cual(es):	_____
	_____
	_____

Indicar las especialidades preventivas asumidas internamente:  Vigilancia de la Salud  Seguridad  Higiene  Ergonomía

Indique los Principales Riesgos o Peligros identificados en su Organización:	_____
	_____
	_____

¿Dispone su Organización de Licencia de Actividad / apertura / funcionamiento para los centros incluidos en el alcance de la certificación?:  Si  No  
 Si la respuesta es "No", indique si la ha solicitado:  Si  No

Indique de la lista siguiente las fuentes de riesgo existentes:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Equipos de trabajo | <input type="checkbox"/> Ruido                   | <input type="checkbox"/> Vibraciones          |
| <input type="checkbox"/> Químicos           | <input type="checkbox"/> Radiaciones ionizantes  | <input type="checkbox"/> Agentes cancerígenos |
| <input type="checkbox"/> Agentes químicos   | <input type="checkbox"/> Agentes biológicos      | <input type="checkbox"/> Amianto              |
| <input type="checkbox"/> Manejo de cargas   | <input type="checkbox"/> Pantallas visualización | <input type="checkbox"/> Otras (indicarlas)   |

¿Tiene algún órgano de participación de los trabajadores en la actividad preventiva?  Sí  No En caso afirmativo indique cual: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha realizado algún tipo de medición higiénica?  NO  SI (indicar de que tipo) \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene algún tipo de instalación industrial sujeta a reglamentos de seguridad industrial?  NO  SI.  
 En caso afirmativo, indique de qué tipo: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE OFERTA DE CERTIFICACIÓN

Nº de Solicitud:

Fecha Solicitud:

Para poder ofrecer nuestros servicios de certificación, rogamos sean cumplimentados la totalidad de los apartados existentes en este impreso, refiriendo en ellos, toda la información correspondiente a la organización para la cual se solicitan los servicios de certificación. Asimismo, les recordamos la necesidad de identificar la persona designada que cumplimentó esta solicitud, quien asumirá la responsabilidad de haber declarado verazmente la información aquí contenida.

### -E- INFORMACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN ISO 22000 SEGURIDAD ALIMENTARIA

**Cumplimentar solamente si desean presupuesto de Certificación ISO 22000**

Razón Social:		NIF:	
---------------	--	------	--

Indique las familias de APPCC que tiene definidas (familias de APPCC es un análisis de riesgos para un grupo de productos o servicios con riesgos similares, tecnología de producción similar y tecnología de almacenamiento similar) e identifíquelas	
--	--

Indique el tipo y número de productos que tienen:	
---	--

Indique las líneas de producción que tienen:	
--	--

Indique si tiene alguna actividad o proceso productivo con incidencia en la cadena de seguridad alimentaria subcontratados e identifíquelos	
---	--

Indique si tiene línea de investigación para el desarrollo de nuevos productos:	
---	--

Indique el número de PCC's que tiene definidos (puntos críticos de control):	
--	--

Indique el tipo de infraestructuras que tiene en sus instalaciones (cámaras frigoríficas, autoclaves, etc.):	
--	--

¿Disponen de laboratorio propio?  Si  No

En caso afirmativo indique que tipo de analíticas realiza en el laboratorio.	
--	--

Para poder ofrecer nuestros servicios de certificación, rogamos sean cumplimentados la totalidad de los apartados existentes en este impreso, refiriendo en ellos, toda la información correspondiente a la organización para la cual se solicitan los servicios de certificación. Asimismo, les recordamos la necesidad de identificar la persona designada que cumplimentó esta solicitud, quien asumirá la responsabilidad de haber declarado verazmente la información aquí contenida.

### -F- INFORMACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN ISO/IEC 27001 / ISO/IEC 20000

**Cumplimentar solamente si desean presupuesto de Implantación ISO/IEC 27001 / 20000**

Razón Social:	NIF:
---------------	------

#### Información adicional relevante ISO 27001

¿Se ha realizado un análisis de riesgos de acuerdo a ISO 27001 y que procesos propensos al riesgo fueron identificados (por favor haga una lista de los procesos)?			
¿Se ha elaborado una declaración de alcance para el Anexo A? (por favor adjúntela)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Cómo evalúa el riesgo, si proveedores de servicios influyen en los procesos del sistema <b>SGSI</b> y/o han tenido acceso a la red de la empresa? (Ej.: mantenimiento remoto, procesador de datos por contrato, socio del hosting, proveedor, etc.)	<input type="checkbox"/> l) Bajo = riesgo bajo para IS <input type="checkbox"/> m) Medio = leve riesgo para IS <input type="checkbox"/> h) Alto = riesgo alto para IS		
¿Qué porcentaje de sus empleados tienen acceso a datos de IS relevantes?	<input type="checkbox"/> l) < 30%	<input type="checkbox"/> m) 30-70%	<input type="checkbox"/> h) > 70%
¿Cómo se encuentra estructurada su organización de TI? (Solo declare si existen varias ubicaciones. En el caso de estructuras descentralizadas, por favor declare el sistema para cada ubicación.)	<input type="checkbox"/> l) Centralizadas	<input type="checkbox"/> m) Descentralizadas	Ubicaciones
¿Utiliza servicios de un centro de computación externo? (En caso afirmativo, por favor describa estos servicios con mas detalles)	<input type="checkbox"/> l) Si	<input type="checkbox"/> m) No	Mas detalles
¿Cuántos empleados son responsables para el desarrollo de aplicación y mantenimiento de sistema?	<input type="checkbox"/> l) < 20	<input type="checkbox"/> m) 20-100	<input type="checkbox"/> h) > 100
¿Cuál es la estructura de documentación de su sistema <b>SGSI</b> ? (Por favor explique	<input type="checkbox"/> Documentos impresos: <input type="checkbox"/> Documentos electrónicos: <input type="checkbox"/> Solución de portal:		
¿Existen áreas especiales de seguridad en la empresa? (En el caso de SI, ¿cuántas?)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> l) <3	<input type="checkbox"/> m) 3-10 <input type="checkbox"/> h) > 10
¿Cuántos servidores se utilizan? (servidores virtuales deben estar declarados por separado)	<input type="checkbox"/> l) < 10	<input type="checkbox"/> m) 10-100	<input type="checkbox"/> h) > 100
¿Cuántas estaciones de trabajo, PCs u ordenadores portátiles se utilizan en la empresa?	<input type="checkbox"/> l) < 50	<input type="checkbox"/> m) 50-300	<input type="checkbox"/> h) > 300
¿Cuantos usuarios son gestionados?	<input type="checkbox"/> l) 200.000	<input type="checkbox"/> m) 200.000-1 mil.	<input type="checkbox"/> h) > 1 Millón
¿Se utilizan en la empresa métodos de codificación?	<input type="checkbox"/> l) Irrelevante	<input type="checkbox"/> m) Si ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> h) No definido
¿Se utilizan o se realizan servicios de comercio electrónico? (En caso de SI, ¿qué tipo?)	<input type="checkbox"/> l) no	<input type="checkbox"/> m) Bajo riesgo	<input type="checkbox"/> h) Alto riesgo
¿Qué requerimientos legales o específicos de cliente necesita considerar / satisfacer? (por favor enumere)			
¿Qué red de sistema operativo son utilizados en su empresa? (por favor enumere cualquier otro)	<input type="checkbox"/> Windows	<input type="checkbox"/> Unix/Linux	<input type="checkbox"/> Otros (SAP, SOLARIS) indicar:

## SOLICITUD DE OFERTA DE CERTIFICACIÓN

Nº de Solicitud:

Fecha Solicitud:

Para poder ofrecer nuestros servicios de certificación, rogamos sean cumplimentados la totalidad de los apartados existentes en este impreso, refiriendo en ellos, toda la información correspondiente a la organización para la cual se solicitan los servicios de certificación. Asimismo, les recordamos la necesidad de identificar la persona designada que cumplimentó esta solicitud, quien asumirá la responsabilidad de haber declarado verazmente la información aquí contenida.

### DETALLE DE UBICACIONES

(Por favor solo describa aquellas ubicaciones que recaen bajo el alcance. Si es necesario, escriba la lista múltiples veces.)

Razón Social de la empresa o ubicaciones (el nombre legal)	Dirección	Procesos clave (por favor describa si estos se desvían hacia varias ubicaciones desde la central o son diferentes)	Nº total de empleados	Nº de empleados de TI	Nº estaciones de trabajo de TI	Desviación de requisitos legales	Desviación de requerimientos contractuales	Comentarios
<b>Central u oficina central</b>								
<b>Delegaciones u otra divisiones independientes de la empresa</b>								

## SOLICITUD DE OFERTA DE CERTIFICACIÓN

Nº de Solicitud:

Fecha Solicitud:

Para poder ofrecer nuestros servicios de certificación, rogamos sean cumplimentados la totalidad de los apartados existentes en este impreso, refiriendo en ellos, toda la información correspondiente a la organización para la cual se solicitan los servicios de certificación. Asimismo, les recordamos la necesidad de identificar la persona designada que cumplimentó esta solicitud, quien asumirá la responsabilidad de haber declarado verazmente la información aquí contenida.

### -F- OTROS CENTROS DE TRABAJO

**Cumplimentar solamente si dispone de más centros a certificar**

Razón Social:		NIF:	
---------------	--	------	--

	Dirección	Población	C.P.	Actividades Desarrolladas (incluidas dentro del alcance de certificación)	Nº de empleados	Nº de Turnos
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						