**Nombre de la empresa:** ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA

**Fecha de elaboración inicial**: ESCRIBA AQUÍ LA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

Apreciados señores, el diligenciamiento de esta solicitud nos ayudará a tener en cuenta las características de su organización para la planificación de su servicio de auditoría y poder de esta forma evaluar de manera eficaz la conformidad de su Sistema(s) de Gestión.

Una vez obtenida esta solicitud diligenciada satisfactoriamente, por parte de ustedes y aprobada por BASC Bogotá – Colombia, se les estará remitiendo la oferta del servicio de auditoría preferiblemente, en un plazo no mayor a 10 días hábiles.

Cuando existan inconsistencias o falta de claridad en el proceso de solicitud del servicio, BASC Bogotá - Colombia solicitará formalmente a través de un comunicado al cliente, la aclaración respectiva y la inclusión de documentos solicitados y no se procederá con la solicitud hasta tanto se complete la documentación o información requerida.

El proceso de solicitud no se da por finalizado hasta que no exista seguridad entre las partes sobre la aclaración de dudas y requerimientos.

La oportunidad y exactitud en la información declarada permitirá planificar las actividades necesarias para la prestación del servicio.

El monto en pesos colombianos de la cotización del servicio de auditoría de sistema(s) de Gestión está condicionado a variables como alcance solicitado, tamaño, cantidad de procesos, personal, riesgos inherentes y sitios permanentes y/o temporales.

Para el diligenciamiento de este formulario por favor tener en cuenta:

1. Diligenciar la totalidad de la información solicitada.
2. Si posee información adicional que desee transmitir y no se encuentra dentro de este formulario, enviarla como adjunto al mismo.
3. La solicitud de certificación debe ser enviada vía correo electrónico a las siguientes direcciones:

[coordinacion.sig@basc.org.co](mailto:coordinacion.sig@basc.org.co)

[carolina.padilla@basc.org.co](mailto:carolina.padilla@basc.org.co)

1. La información contenida en este formulario es considerada como CONFIDENCIAL.

# NORMAS A CERTIFICAR

**Por favor marque con una “X” la(s) norma(s) a certificar**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NORMA | VERSIÓN | Otorgamiento/  Certificación | Recertificación | Seguimiento | Renovación | Transferencia | Ampliación de Alcance | Reducción de Alcance |
| BASC | VERSIÓN |  |  |  |  |  |  |  |
| ISO 28000 | VERSIÓN |  |  |  |  |  |  |  |

\*Otorgamiento: Primera vez ISO

\*Certificación: Primera vez BASC

\*Renovación: Ciclo de 3 años ISO

\*Recertificación: Ciclo anual BASC

\*Seguimiento: Vigilancia ISO

\*Transferencia: Transferir una certificación de un Organismo Evaluador de la Conformidad a otro.

\*Ampliación: Adicionar una o varias actividades y/o procesos dentro del alcance para ser certificado.

\*Reducción: Retirar una o varias actividades y/o procesos dentro del alcance certificado.

# INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN

|  |
| --- |
| RAZÓN SOCIAL: ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA |
| NIT: ESCRIBA AQUÍ EL NIT DE LA EMPRESA |
| SECTOR ECONÓMICO/CIIU: ESCRIBA AQUÍ EL CÓDIGO CIIU DE LA EMPRESA |
| DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: ESCRIBA AQUÍ LA DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
| PAÍS: ESCRIBA AQUÍ EL PAÍS |
| CUIDAD: ESCRIBA AQUÍ LA CIUDAD |
| TELÉFONO FIJO: ESCRIBA AQUÍ UN TELÉFONO FIJO |
| CELULAR: ESCRIBA AQUÍ UN NÚMERO CELULAR |
| PÁGINA WEB: COPIE AQUÍ EL LINK DE LA PÁGINA WEB DE LA EMPRESA |
| CORREO ELECTRÓNICO: ESCRIBA AQUÍ UN CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA |

**Por favor marque con una X de acuerdo a los criterios señalados según el sector aplicable a su Empresa:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMPRESAS SECTOR MANUFACTURERO** | | |  | **EMPRESAS SECTOR SERVICIOS** | | |
| **TAMAÑO** | **INGRESOS ORDINARIOS (UVT)** | **Marque** |  | **TAMAÑO** | **INGRESOS ORDINARIOS (UVT)** | **Marque** |
| Microempresa | Por valor inferior a (23.563) |  |  | Microempresa | Por valor inferior a (32.988) |  |
| Pequeña Empresa | Superior a (23.563) y menos de (204.995) |  |  | Pequeña Empresa | Superior a (32.988) y menos de (131.951) |  |
| Mediana Empresa | Superior a (204.995) y menos de (1.736.565) |  |  | Mediana Empresa | Superior a (131.951) y menos de (483.034) |  |
| Grandes Empresas | Superior a (1.736.565) |  |  | Grandes Empresas | Superior a (483.034) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EMPRESAS SECTOR COMERCIO** | | |
| **TAMAÑO** | **INGRESOS ORDINARIOS (UVT)** | **Marque** |
| Microempresa | Por valor inferior a (44.769) |  |
| Pequeña Empresa | Superior a (44.769) y menos de (431.196) |  |
| Mediana Empresa | Superior a (431.196) y menos de (2.160.692) |  |
| Grandes Empresas | Superior a (2.160.692) |  |

*Clasificación de acuerdo a decreto 957 del 5 de junio de 2019\**

# INFORMACIÓN DE UN REPRESENTANTE PARA EL O LOS SISTEMAS DE GESTIÓN.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LOS SISTEMAS |
| CARGO: | ESCRIBA AQUÍ EL CARGO DEL REP. DE LOS SISTEMAS |
| CORREO ELECTRÓNICO: | ESCRIBA AQUÍ EL CORREO DEL REP. DE LOS SISTEMAS |
| DIRECCIÓN: | ESCRIBA AQUÍ LA DIRECCIÓN LABORAL DEL REP. DE LOS SISTEMAS |
| CIUDAD/PAÍS: | ESCRIBA AQUÍ LA CIUDAD Y PAÍS |
| CELULAR: | ESCRIBA AQUÍ EL CELULAR CORPORATIVO DEL REP. DE LOS SISTEMAS |
| TELÉFONO FIJO: | ESCRIBA AQUÍ EL TELÉFONO CORPORATIVO DEL REP. DE LOS SISTEMAS |

# INFORMACIÓN SOBRE EL ALCANCE PARA EL O LOS SISTEMAS DE GESTIÓN

Describa el alcance previsto del sistema de gestión para la certificación, en términos de los procesos del negocio o los procesos de realización (los orientados al cliente) o misionales.

El alcance solicitado puede ser modificado como resultado de la auditoría, para reflejar con exactitud las actividades en las cuales la organización demuestra que el Sistema de Gestión se ha implementado y cumple con los requisitos.

\* Especificar el resumen de la actividad o actividades definidas por su organización para el alcance solicitado.

**Definición Alcance**:

Es la suma total de todos los servicios, procesos o productos a los que se aplican los requisitos o características del Sistema de Gestión, incluyendo los límites de aplicabilidad y los lugares donde los controles actúan.

|  |
| --- |
| **ALCANCE PARA LA NORMA BASC, ISO 28000 SOLICITADO**  **- EN ESPAÑOL** |
| ESCRIBA AQUÍ EL ALCANCE EN ESPAÑOL |
| **ALCANCE PARA LA NORMA BASC, ISO 28000 SOLICITADO**  **- EN INGLES** |
|  |
| ESCRIBA AQUÍ EL ALCANCE EN INGLÉS |

|  |
| --- |
| **AMPLIACIÓN O REDUCCIÓN DE ALCANCE**  **AMPLIACIÓN DE ALCANCE  REDUCCIÓN DE ALCANCE**  **(Detalle de los servicios y/o actividades a reducir o ampliar en el alcance)** |
| ESCRIBA AQUÍ LAS AMPLIACIONES O REDUCCIONES DE ALCANCE, SI NO APLICA NINGUNA DE LAS DOS, ESCRIBA NO APLICA. |

Si su empresa es de vigilancia y seguridad privada u operador logístico, favor diligenciar el adjunto; de ser necesario le informaremos cuando aplique: Desagregación del alcance. Ver E-mail.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DETALLES DE SITIOS PERMANENTES | | | | | | | | |
| SITIOS PERMANENTES  (Lista de Direcciones de todos los sitios a ser incluidos en el certificado) | **Actividades del alcance que se desarrollan en el sitio (**Breve descripción de las actividades**)** | **Cargos que desarrollan actividades comunes (**Escriba el nombre del cargo) | **Número de personas que desarrollan actividades comunes incluidos temporales y contratistas** | **Número de empleados tiempo Completo** | **Turnos**  **(Número de Turnos)** | **Número de empleados medio tiempo** | **Turnos**  **(Número de Turnos)** | **Número total de personas en cada sitio** |
| Oficina – Sede Principal  Dirección  /Ciudad: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Sucursal  Dirección  /Ciudad: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Sucursal  Dirección  /Ciudad: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*Si tiene más sitios, favor incluir más casillas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Horario Laboral de Áreas Administrativas:** | | Escriba horarios incluyendo días y horas |
| **Horario Laboral de Áreas Operativas:** | | Escriba horarios incluyendo días y horas |
| **Información de Turnos** | **Número de Turnos:** | Escriba aquí el número de turnos, si no maneja turnos coloque no aplica |
| **Detalle:** | Específique cómo son los turnos, si aplica |
| **Notas:** | | |
| El personal relacionado en actividades comunes corresponde a las personas del total relacionado que realiza las mismas actividades operativas. (Ej. Vendedores, Conductores, Vigilantes, estibadores, entre otros). | | |
| La información de 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, considerando todos los turnos de trabajo, incluyo un anexo si es necesario para sitios adicionales. | | |
| Sitios Temporales: un sitio temporal es aquel establecido por una organización para desempeñar un trabajo específico o un servicio por un periodo de tiempo finito, y que no se convertirá en un lugar permanente (Por ejemplo: sitio de construcción). Para el caso de empresas de seguridad y vigilancia diligenciar las ubicaciones donde se llevan a cabo servicios o actividades cubiertos por el alcance relacionado con la cadena de suministro. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DETALLES DE SITIOS TEMPORALES (PROYECTOS O CONTRATOS) | | | | | | | |
| SITIOS TEMPORALES  (Que serán incluidos en el alcance de la auditoría) | **Número de personas en cada sitio** | **Cargos que desarrollan actividades comunes (**Escriba el nombre del cargo) | **Número de personas que desarrollan actividades comunes incluidos temporales y contratistas** | **Número de Empleados tiempo completo** | **Turnos**  **(**Número de Turnos**)** | **Número de Empleados medio tiempo** | **Turnos**  **(**Número de Turnos**)** |
| “Proyecto o Contrato” n1  Servicio que se ofrece de manera temporal (Describa el objeto del contrato y sitio de ejecución): |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Proyecto o Contrato” n2  Servicio que se ofrece de manera temporal (Describa el objeto del contrato y sitio de ejecución): |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Proyecto o Contrato” n3  Servicio que se ofrece de manera temporal (Describa el objeto del contrato y sitio de ejecución): |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*Si tiene más contratos y/o proyectos, favor incluir más casillas.

|  |  |
| --- | --- |
| **Horario Laboral de Áreas Administrativas:** |  |
| **Horario Laboral de Áreas Operativas:** |  |
| **Notas:** | |
| El personal relacionado en actividades comunes corresponde a las personas del total relacionado que realiza las mismas actividades operativas. (Ej. Vendedores, Conductores, Vigilantes, estibadores, entre otros). | |
| La información de 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, considerando todos los turnos de trabajo, incluyo un anexo si es necesario para sitios adicionales. | |
| Sitios Temporales: un sitio temporal es aquel establecido por una organización para desempeñar un trabajo específico o un servicio por un periodo de tiempo finito, y que no se convertirá en un lugar permanente (Por ejemplo: sitio de construcción). Para el caso de empresas de seguridad y vigilancia diligenciar las ubicaciones donde se llevan a cabo servicios o actividades cubiertos por el alcance relacionado con el sistema de gestión de calidad. | |

|  |
| --- |
| **RELACIONE CUALQUIER OBLIGACIÓN LEGAL O REQUISITO LEGAL ASOCIADO A LA SEGURIDAD DE LA CADENA DE SUMINISTRO QUE LE APLICAN A LA EMPRESA** |
| ESCRIBA AQUÍ LOS REQUISITOS LEGALES APLICABLES | |

Diligencie la siguiente información si solicita certificación en más de una norma.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIVEL DE INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN | | | |
| No | **El sistema integrado de gestión contempla:** | **SI** | **NO** |
| 1 | ¿Cuenta con un único sistema de gestión para administrar varios aspectos del desempeño organizacional? |  |  |
| 2 | ¿Se realiza una revisión integral de la gestión de la estrategia global del negocio y sus planes? |  |  |
| 3 | ¿Cuenta con un conjunto integrado de documentos, procedimientos, instructivos, registros, que garantizan el desempeño de su organización? |  |  |
| 4 | ¿Un enfoque integrado de la política y los objetivos? |  |  |
| 5 | ¿Un enfoque integrado de los procesos de los sistemas? |  |  |
| 6 | ¿Un enfoque integrado de mecanismos de medición, análisis, seguimiento, mejora, correcciones, acciones correctivas y preventivas? |  |  |
| 7 | ¿Un enfoque integrado de las auditorías internas? |  |  |
| 8 | ¿Enfoque de apoyo a la gestión integrada, funciones, responsabilidades y autoridad? |  |  |
| 9 | ¿Cuenta la organización con la capacidad, competencia del personal para dar respuesta al sistema integrado de gestión? |  |  |
| 10 | ¿Un enfoque integrado de revisión por la dirección? |  |  |
| 11 | ¿Cuántas normas de sistemas de gestión solicitadas están integradas? |  | |
| 12 | Con respecto a la pregunta anterior, ¿cuáles están integradas? |  | |

¿De acuerdo con la información anteriormente declarada y el conocimiento de su organización, cual es el porcentaje de integración de los Sistemas de gestión?

Porcentaje de integración \_\_\_\_%

**Nota:**

* La duración de la auditoría del sistema integrado de gestión basado en el nivel declarado de integración de la organización, puede estar sujeto a ajustes en función de confirmar el nivel de integración en la etapa 1 y las auditorías posteriores.

| **DESCRIPCIÓN DE PROCESOS DEL SGSCS, BASC, ISO 28000**  **((P) Propios y (S) Subcontratados)** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **PROCESO** | **ACTIVIDADES** | **P** | **S** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |

**(P) Propio (S) Subcontratado**

Tomando en consideración la ubicación de la organización y los diferentes sitios a auditar, bajo los criterios de vulnerabilidades del lugar de auditorías, activos vecinos, cercanía de las carreteras, ríos y otros puntos de acceso; señale dentro de la escala de valoración la calificación que considera.

Aplica para BASC E ISO 28000

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRINCIPAL, SUCURSAL,**  **SITIOS TEMPORALES** | **(P) PERMANENTE**  **O**  **(T) TEMPORAL** | **VALORACIÓN** | | |
| De Baja Vulnerabilidad y/o Riesgo Bajo  1 | De Media Vulnerabilidad y/o Riesgo Medio  5 | De Alta Vulnerabilidad y/o Riesgo Alto  10 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# EXCLUSIONES DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN

Escriba según corresponda en cada norma los requisitos a excluir o inaplicables y su justificación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NORMA | REQUISITO | JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN O INAPLICABILIDAD |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# INFORMACIÓN SOBRE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN (SI APLICA)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿CUENTA CON OTROS SISTEMAS DE GESTIÓN CERTIFICADOS?**  **DE SER SÍ, ENÚNCIELOS** | | |
| Escriba aquí los SG Certificados, si no tiene coloque NO APLICA | | |
| **¿QUÉ METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE RIESGOS UTILIZA PARA EL SGSCS?** | **CUENTA CON OTRA(S) CERTIFICACIÓN(ES) EN BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD PARA LA CADENA DE SUMINISTRO (BASC, OEA, C TPAT, TAPA, Etc.) DE SER SÍ, ENUNCIELAS** | |
| Escriba la metodología | ESCRIBA LAS CERTIFICACIONES QUE TIENE, SI NO CUENTA CON NINGUNA COLOCAR NO APLICA | |
| ¿Utilizó servicio de consultoría o empresa de consultoría para la implementación o mantenimiento del sistema de gestión?  De ser **SI** diligencie la siguiente información, de lo contrario colocar: **NO** en todas las casillas. | | |
| **EMPRESA DE CONSULTORIA** | | SI NO CUENTA CON EMPRESA O PERSONA CONSULTORA ESCRIBIR: NO |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | |  |
| **CONSULTOR ASIGNADO** | |  |
| **DIRECCIÓN** | |  |
| **TELÉFONO DE CONTACTO** | |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | |  |

¿En caso de presentarse reuniones (auditoría) a través de las instalaciones de teleconferencia, incluido el intercambio de audio, vídeo y datos cuenta con las herramientas tecnológicas para realizarla?

|  |
| --- |
| **HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS** |
| **Skype**  **Teleconferencias**  **Reuniones Web**  **Acceso electrónico remoto a la documentación del Sistema de Gestión**  **Otros**  **Cuales:** |

# INFORMACIÓN SOBRE LAS QUEJAS

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Ha recibido alguna queja de sus partes interesadas en el último año?  De ser **SI** diligencie la siguiente información, de lo contrario colocar: **NO** en todas las casillas. | |
| **PARTE INTERESADA** | COLOCAR LA INFORMACIÓN, SI NO TUVO QUEJAS COLOCAR: NO APLICA |
| **NOMBRE DE QUIEN PRESENTA LA QUEJA** |  |
| **BREVE DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA** |  |

# PARA PROCESOS DE TRANSFERENCIA POR FAVOR COMPLETE ESTA INFORMACIÓN

* **Información de las certificaciones que quiera transferir**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Norma de Sistema de Gestión | Alcance de la Certificación  (Actividades y sitios) | Fecha de Emisión del Certificado Vigente | \*Estado Actual de la certificación | Organismo Certificador Otorgante Actual | ¿Su Certificación Actual está en Proceso de Suspensión?  (SI/NO) |
| BASC |  |  |  |  |  |
| ISO 28000 |  |  |  |  |  |

\*Vigente, Suspendida, Cancelada, Vencida.

* **Estado actual del proceso de certificación**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Norma de Sistema de Gestión | Fecha de la más reciente auditoria | \*Tipo de Auditoria más reciente | Número de No conformidades reportadas | Estado actual de las No Conformidades (Abiertas, Cerradas por el ente certificador) |
| BASC |  |  |  |  |
| ISO 28000 |  |  |  |  |

\*BASC: Certificación, Recertificación

\*ISO: Otorgamiento, Seguimiento 1, Seguimiento 2, Renovación, Especial.

* **Motivos para realizar la transferencia. Aplica para ISO 28000**

|  |
| --- |
| Indique los motivos que tiene para requerir la transferencia |
|  |

# ANEXOS

Por favor anexar la siguiente documentación a la solicitud de certificación

1. Organigrama de la empresa (Incluyendo los cargos en todos los sitios de auditoría definidos para el alcance).
2. Información de los Riesgos de cada sistema de gestión sobre el que se solicita certificación – Matriz de Riesgos.
3. Cadenas de Suministro
4. Desagregación de alcance (si su empresa es de vigilancia y seguridad privada u operador logístico)
5. Formulario de Actualización de datos. (Uno por cada extensión(es), cuando aplique).
6. Manual del SGCS, Mapa de Procesos y Caracterizaciones, esta información es vital para dar inicio a la planificación y programación de la auditoría.
7. Copia del Registro Único Tributario – RUT, completo.
8. Certificado de existencia y representación legal de la cámara de comercio (con vigencia menor a 30 días)
9. Copia de resolución, licencia de funcionamiento o habilitación vigente de la entidad (DIAN, MINISTERIOS, SUPERINTENDENCIA, DIMAR, etc) que regula, supervisa o autoriza a la Empresa para ejercer actividades en Colombia, (si aplica).
10. Adjuntar juego completo de los últimos 2 (Dos) Estados Financieros Comparativos con notas, que incluyan: (Estado de la Situación Financiera, Estado de Resultados, Estado de Flujo de Efectivo, Estado de Cambio del Patrimonio, Certificación) FIRMADOS por Representante Legal, Contador Público y Revisor Fiscal (si aplica) e incorporar Dictamen de Revisor Fiscal (si aplica).
11. Declaración de impuestos de renta del último año.
12. Certificado de la composición accionaria o socios suscrita por el Revisor Fiscal (si aplica) o Representante Legal con número de identificación, nacionalidad y porcentaje de participación, con vigencia menor a 30 días. (En caso de que algún socio sea persona jurídica constituida en Colombia (Empresa) deberá anexar certificado de existencia y representación legal (con vigencia menor a 30 días) y composición accionaria hasta llegar a persona natural. En el caso que sea una persona Jurídica en el Exterior (Empresa) se deberá enviar relación de accionistas de dicha entidad hasta llegar a persona natural).
13. Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150% del Representante Legal Principal, Suplente y Gerente, en caso de ser una persona extranjera deberá presentar fotocopia de pasaporte o documento oficial.
14. Por favor anexe la documentación que considere útil para conocer y comprender mejor su organización y las actividades para las cuales solicita la certificación de o los Sistema(s) de Gestión.

Con la radicación de este documento el representante legal del cliente de auditoría proporciona la información necesaria (alcance, características de la organización, actividades, recursos, procesos, subcontratación, utilización de consultoría, entre otros) para elaborar la oferta de certificación.

# PARA USO EXCLUSIVO DE BASC Bogotá - Colombia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿La información suministrada por la organización y validada por BASC Bogotá - Colombia es apropiada y suficiente para el diseño de la cotización del servicio de certificación de los sistemas de gestión? | **SI** |  | **NO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **REVISADO POR:** |  |
| **CARGO:** |  |
| **FIRMA:** |  |
| **FECHA ACEPTACIÓN FINAL:** |  |

## CAPACIDAD Y NECESIDADES DEL SERVICIO DE AUDITORÍA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| 1. EQUIPO AUDITOR |  |  |
| 2. CONOCIMIENTO EN EL SECTOR |  |  |
| 3. DISPONIBILIDAD EQUIPO AUDITOR (TIEMPOS) |  |  |
| 4. LOGÍSTICA, TRANSPORTE A SITIO |  |  |
| 5. OTROS (Idioma, condiciones de seguridad, amenazas a la imparcialidad) |  |  |

## JUSTIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍA:

|  |
| --- |
|  |
|  |