

	SOLICITUD DE CERTIFICACION		Código	F-CISO-001
			Revisión	12
			Fecha	28-01-2026
			Página	1 de 10

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

N°



SISTEMAS DE GESTIÓN

**PERÚ
CERTIFICATION**

Tel. 6128300
Lima, Perú

Personas de Contacto:

Paula López o Alexandra Cóndor

Afiliaciones ISO

e-mail: paula.lopez@bascperu.org

alexandra.condor@bascperu.org

Visítenos en: www.bascperu.org

	SOLICITUD DE CERTIFICACION		Código	F-CISO-001
			Revisión	12
			Fecha	28-01-2026
			Página	2 de 10

I. GENERALIDADES DE LA SOLICITUD

TIPO DE SOLICITUD:

FECHA:

En caso de Migración de Versión, indicar en qué Etapa del ciclo de certificación realizará la Auditoría de Migración (si aplica):

Renovación ☐ Seguimiento 1 ☐ Seguimiento 2 ☐

Apreciado cliente, el envío de la presente solicitud nos ayudará a tener en cuenta las características de su organización para la planificación del servicio de auditoría y poder evaluar de manera eficaz la conformidad de su Sistema de Gestión de acuerdo a los requisitos de la **Norma ()**. Una vez obtenida esta solicitud enviada de parte de usted, se le estará remitiendo la cotización del servicio de auditoría.

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

El monto en Dólares Americanos de la cotización del servicio de auditoría de la **Norma ()** está condicionado a variables tales como la cantidad de sedes, cantidad de procesos, cantidad de personal y riesgos inherentes a las operaciones de la organización.

Para el llenado de este formulario agradeceremos tener en cuenta:

- Importante:** Si su solicitud es por la Norma ISO 37001 o ISO 37301 es imprescindible que envíe lo siguiente: Relación Excel de la cantidad de empleados por puesto/cargo en planilla, prestadores de servicios, temporales, tercerizados/subcontratado.
- La solicitud de certificación debe ser enviada vía correo electrónico a la Srta. Paula López paula.lopez@bascperu.org o a la Srta. Alexandra Córdor alexandra.condor@bascperu.org
- La información contenida en este formulario es considerada como CONFIDENCIAL

II. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN

RAZÓN SOCIAL	
RUC	
SECTOR ECONÓMICO	
DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	
TELÉFONO	
WEB	
CORREO ELECTRÓNICO	
FECHA DE CONSTITUCIÓN	

	SOLICITUD DE CERTIFICACION		Código	F-CISO-001
			Revisión	12
			Fecha	28-01-2026
			Página	3 de 10

III. INFORMACIÓN SOBRE EL REPRESENTANTE DEL SG¹

NOMBRE Y APELLIDOS	
CARGO	
CORREO ELECTRÓNICO	
CELULAR	
TELÉFONO FIJO	

IV. INFORMACIÓN SOBRE LAS OPERACIONES DE LA ORGANIZACIÓN

TIPO DE OPERACIONES REALIZADAS

REQUISITOS LEGALES APLICABLES

Describa los requisitos legales y reglamentarios, a los cuales están sometidos los productos o servicios correspondientes al alcance solicitado, de ser necesario incluya un anexo

Nota: 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.

ALCANCE DE CERTIFICACIÓN DEL SG SOLICITADO – ESPAÑOL

ALCANCE DE CERTIFICACIÓN DEL SG SOLICITADO - INGLES

V. INFORMACIÓN SOBRE LA CERTIFICACIÓN

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.

¹ SG: Sistema de Gestión

	SOLICITUD DE CERTIFICACION	Código	F-CISO-001
		Revisión	12
		Fecha	28-01-2026
		Página	4 de 10

PROCESOS DE LA EMPRESA

¿Cuenta su Organización con Procesos Tercerizados? SI () NO ()
 Describa cuales: ()

Nota: Deberá de informar sobre cantidad de personal en el alcance de la certificación incluido el que trabaja fuera de las instalaciones.

LOCALES	PROCESOS REALIZADAS (según mapa de procesos)	PERSONAL	TOTAL (Nº de Empleados dentro del alcance de la certificación)	Nº de Turnos
Local 1:	(Ejemplo: 1. ALTA DIRECCIÓN 2. SIG 3. OPERACIONES 4. COMERCIAL 5. COMPRAS 6. RRHH)	Empleados tiempo completo	Administrativos	
(Indicar Dirección)			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
Operativos				
Local 2:	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
(Indicar Dirección)			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
Operativos				
Local 3:	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
(Indicar Dirección)			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
Operativos				
Local 4:	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
(Indicar Dirección)			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
Operativos				
Local 5: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	

	SOLICITUD DE CERTIFICACION	Código	F-CISO-001
		Revisión	12
		Fecha	28-01-2026
		Página	5 de 10

Local 6: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 7: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 8: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 9: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 10: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 11: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 12: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	

	SOLICITUD DE CERTIFICACION	Código	F-CISO-001
		Revisión	12
		Fecha	28-01-2026
		Página	6 de 10

		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 13: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 14: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 15: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 16: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 17: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 18: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	

	SOLICITUD DE CERTIFICACION	Código	F-CISO-001
		Revisión	12
		Fecha	28-01-2026
		Página	7 de 10

		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 19: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Local 20: (Indicar Dirección)	()	Empleados tiempo completo	Administrativos	
			Operativos	
		Empleados medio tiempo	Administrativos	
			Operativos	
		Prestadores de servicios	Administrativos	
			Operativos	
Horario Laboral: Áreas Administrativas:				
Áreas Operativas:				
Definiciones:				
✓ Empleados tiempo completo: tienen una relación contractual laboral con jornada de máximo 48 horas semanales u 8 diarias.				
✓ Empleados medio tiempo: tienen una relación contractual laboral con jornada menor a 4 horas diarias.				
✓ Empleados Subcontratado: tienen una relación contractual civil y prestan servicios de manera temporal (Contratistas y de Servicios).				
✓ Procesos Tercerizados: Práctica llevada a cabo por una empresa cuando contrata a otra firma para que preste un servicio que, en un principio, debería ser brindado por ella misma.				
Total Empleados:		Total Turnos:		

VI. REQUISITOS NO APLICABLES DEL SG

REQUISITO ISO	JUSTIFICACIÓN DE LA NO APLICACIÓN (Detallar)

VII. ORGANO DE GOBIERNO (aplicable ISO 37001 e ISO 37301)

¿Cuenta su organización con Órgano de Gobierno?
 Si () No ()

Si su respuesta es "No", justificar:

JUSTIFICACIÓN DE LA NO APLICACIÓN (Detallar)

	SOLICITUD DE CERTIFICACION	Código	F-CISO-001
		Revisión	12
		Fecha	28-01-2026
		Página	8 de 10

VIII. INFORMACIÓN SOBRE EL SG

a. Certificaciones de la organización

¿Cuenta con alguna certificación de sistema de gestión o en buenas prácticas de seguridad para la cadena de suministro, tales como: ISO, BASC, Exl y/u OEA.

Si () No ()

NORMA / PROGRAMA	VIGENCIA	ALCANCE

b. Datos del SG relacionado con la solicitud

Fecha inicio de la implementación.	Fecha fin de la implementación.
¿Qué metodología de evaluación de riesgos utiliza para el SG?	Fecha estimada para realizar el servicio solicitado (Etapa 1 y Etapa 2) (Aplicable para certificación)
Normas utilizadas en la implementación del SG	
¿El SG está integrado con otros sistemas de gestión?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuáles son:
Si la respuesta fue si, responda lo siguiente:	
¿La documentación de su Sistema de Gestión ha sido implementada de manera integral?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿La revisión por la dirección, incluye la revisión integral de los sistemas de gestión a auditar?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Las auditorías internas se planifican y ejecutan bajo un enfoque integrado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿La política y los objetivos han sido establecidos bajo un enfoque integrado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Los procesos dentro del alcance de certificación, han sido implementados bajo un enfoque integrado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

	SOLICITUD DE CERTIFICACION	Código	F-CISO-001
		Revisión	12
		Fecha	28-01-2026
		Página	9 de 10

¿Las acciones correctivas, preventivas y de mejora continua se aplican bajo un enfoque integrado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Las funciones, responsabilidades y autoridades han sido establecidas bajo un enfoque integrado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Cómo se enteró de los servicios que brinda PERÚ CERTIFICATION?	
Mailing <input type="checkbox"/> Llamadas <input type="checkbox"/> Empresa Consultora <input type="checkbox"/> Visita <input type="checkbox"/> Clientes/Proveedores <input type="checkbox"/> Otros _____	
¿Utiliza servicio de consultoría para la implementación o mantenimiento del SG? Si () No () De ser SI proporcione la siguiente información:	
EMPRESA DE CONSULTORÍA	
REPRESENTANTE LEGAL	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO DE CONTACTO	
CORREO ELECTRÓNICO	

c. Información requerida para la facturación

DOCUMENTO	SI/NO	CONTACTO	TELEFONOS	E-MAIL
Orden de Compra				
Orden de Servicio				
Hoja de Entrada de Servicio				
Acta de Conformidad				
Otro 1*				
Otro 2				

*En caso se necesite algún documento adicional, por favor especificar. Ejm: Hoja de Valorización, Informe de auditoría, etc.

	SOLICITUD DE CERTIFICACION		Código	F-CISO-001
			Revisión	12
			Fecha	28-01-2026
			Página	10 de 10

IX. PARA USO EXCLUSIVO DE PERÚ CERTIFICATION

1. Capacidad y necesidades del servicio de auditoría (Marcar con X en la opción)

	SI	NO
1. EQUIPO AUDITOR		
2. CONOCIMIENTO EN EL SECTOR		
3. DISPONIBILIDAD EQUIPO AUDITOR (TIEMPOS)		
4. LOGÍSTICA, TRANSPORTE A SITIO		
5. HERRAMIENTAS/EQUIPOS TECNOLÓGICOS		
6. INFORMACION VALIDADA		

NOTA: Todos los espacios deben ser llenados.