**SOLICITUD DE DATOS**

**Con el fin de poder emitir un presupuesto para la Certificación de un sistema de gestión de la calidad con ICONG, y conforme al Procedimiento 18 de Independencia, Imparcialidad e Integridad, deberá de cumplimentar el presente formulario y adjuntar la siguiente documentación del alcance a certificar:**

* Mapa de procesos,
* Manual de Calidad y
* Listado de Procedimientos del sistema de gestión de calidad, en última versión;

**La información aportada es considerada altamente confidencial, por lo que ICONG se compromete a adoptar los procedimientos internos y medidas de seguridad pertinentes que aseguren la confidencialidad y la no divulgación a terceros de dicha información.**

1. **DATOS DE LA ORGANIZACIÓN**

**Personas de Contacto:**

**Teléfono:**

**E-mail:**

1. **Datos de identificación del peticionario:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** |  |
| Apellidos |  |
| **DNI,NIE o pasaporte** |  |
| **Cargo en la organización** |  |
| **Correo electrónico** |  |

1. **Datos de identificación de la organización:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Razón social** |  |
| **Actividad** |  |
| CIF |  |
| **Domicilio Social** |  |
| **Localidad** |  |
| **Código postal** |  |
| **Provincia** |  |
| **Teléfono/Fax** |  |

1. **¿Ha recibido algún tipo de servicio de consultoría o asesoría o auditorías internas, relacionado con el sistema de calidad objeto de la solicitud de Certificación, de las siguientes organizaciones?[[1]](#footnote-1):**

|  |
| --- |
| * + INTRESS |
| * + CRUZ ROJA ESPAÑOLA   + PLENA INCLUSIÓN   + FUNDACION ONCE |
| * + UNAD |
| * + PLATAFORMA DEL VOLUNTARIADO DE ESPAÑA |
| * + PLATAFORMA DE ONG DE ACCION SOCIAL |
| * + CARITAS ESPAÑOLA |

En caso afirmativo, indique cuál y en qué fechas:

1. **Aparte de las arriba mencionadas, ¿ha participado o participa alguna otra consultora o auditora en alguna fase del proyecto objeto de la solicitud de certificación?**

En caso afirmativo, indique cuál y en qué fechas:

1. **¿Ha certificado algún otro producto, proyecto o servicio con ICONG?**

**Sí**  **No**

En caso afirmativo, indique Nº de certificado:

1. **Alcance:**
2. **¿La organización, ha sido certificada en el alcance solicitado, con otra(s) Norma(s) de referencia?:**

**Sí**  **No**

En caso afirmativo, indique cuál es la Norma de referencia y fecha de validez del certificado:

1. **DATOS DEL SISTEMA A CERTIFICAR**
2. **Alcance:**
3. **Subdisciplinas en las que se circunscribe el ALCANCE, conforme al Doc.5 (Áreas de Actividad del Tercer Sector):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ÁMBITO | **GRUPOS OBJETIVO** | **ACTIVIDADES** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Breve resumen del Proyecto, Producto o Servicio:**

**En el caso de no certificar todo el sistema de gestión de la organización, puede plantearse por:**

* **Servicios:** en el caso de que se desee certificar algunos servicios de los que presta la organización, especificar en qué centros de trabajo se prestan dichos servicios
* **Centros de trabajo:** en el caso de que se desee certificar algún centro de trabajo, especificar qué servicios se prestan.
* **Número de personas empleadas y voluntarias,** distinguiendo la duración de la jornada laboral o voluntaria según sea a tiempo completo o a tiempo parcial.

1. **Completar los siguientes cuadros con la información del alcance a certificar:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Centro de Trabajo** | **Nº Empleados\*** | | | | **Nº Voluntarios\*** | | | |
| **A tiempo completo** | **A tiempo Parcial** | **¿Horas/ semana tiempo completo?** | **¿Horas/**  **semana tiempo parcial?** | **Tiempo completo** | **Tiempo parcial** | **¿Hr/**  **semana?** | **Funciones** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*El cómputo de personas voluntarias y empleadas, se realizará distinguiendo la duración de la jornada laboral o voluntaria según sea a tiempo completo o a tiempo parcial y siempre que afecte al alcance a certificar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servicios prestados** | **Nº usuarios** | **Ppto. anual (€)** | **Centros de trabajo donde se prestan** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Los procesos de la organización que incluye el alcance a certificar, ¿hay alguno que esté contratado externamente que afectan a la conformidad con los requisitos de la Norma ONG Calidad?**

**El presente documento deberá ser remitido en formato papel y electrónico.**

En Madrid, a

***Firma y sello de la***

***ENTIDAD solicitante***

***Revisado por la Dirección Técnica***

***de ICONG el de 20….***

1. La información solicitada al cliente en cuanto a las actividades antes descritas en este punto, tienen una importancia crítica en la resolución de la certificación. Por lo que si durante el proceso de certificación se descubrieran evidencias sobre informaciones no suministradas por el cliente y que afecten a la incompatibilidad de actuación de ICONG y sus organismos relacionados, se suspenderá el proceso de certificación archivándose, o se suspenderá o retirará el certificado, si este ya hubiera sido emitido. [↑](#footnote-ref-1)