CUESTIONARIO PARA COTIZACION

Le agradecemos completar este cuestionario, que tiene el propósito de proveernos de la información necesaria para elaborar una cotización ajustada a las características de su organización, seleccionar un equipo auditor con la competencia necesaria para efectuar la evaluación de su Organización y determinar el número de días-auditor necesarios para llevar a cabo el proceso completo de Validación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Información general de la organización: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón Social de la organización: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio (Calle, Ciudad, Región): | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| RUT: | |  | | | | | | | | | Teléfono: |  | | | | | | Fax: | | |  |
| Rubro de la organización: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Representante Legal: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del representante para la comunicación con ASR: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Cargo: |  | | | Teléfono: | | | |  | | | | Cel: | |  | | E-mail: |  | | | | |
| ¿Tiene la organización otros centros de trabajo para los que requiera validación? (Si tiene, indique las direcciones, actividades que realizan cada uno de ellos y la cantidad de empleados por centro): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personal total de la organización: | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| Número de personas al que aplica el sistema objeto de validación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiempo completo: | | |  | | | | | | | Administrativos: | | | | | | | Operativos: | | | | |
| Horario de trabajo (oficinas): | | | | |  | | | | | | | | Horario de trabajo(planta): | | | | | |  | | |
| En cuántos turnos trabajan? | | | | | UNO | | | | | | | | DOS | | | | | | TRES | | |
| ¿Qué tipo de procesos ejecutan? | | | | | Diseño | | | | Producción | | | | Servicio | | Distribución | | | | Otros Cuál? | | |
| ¿Cuenta la organización con procesos que afectan al Sistema de Gestión que sean subcontratados? ¿Cuáles? Cuántas personas se subcontratan? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuenta la organización con emplazamientos temporales? ¿Cuántos? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene sala de atención directa de público?  SI  NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. Información adicional | | |
| Indique los motivos que lo han impulsado a solicitar esta validación. (puede marcar varias opciones)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| ¿Por qué medio conoció de los servicios que brinda ASR? | | |
| En nuestras actividades de capacitación  Publicidad  Referencia de socios | | |
| Referencia de organizaciones certificadas  Referencia de consultor  Otro: | | |
| Nombre del solicitante: |  |  |
| PARA USO INTERNO DE ASR CERTIFICACIONES:  **REVISADO POR APROBADO POR**  **Gcia. Comercial Operaciones**  Número de Cotización: Monto total ofertado:  Código EAC: Observaciones:  Información Suficiente:  Si  No – Comentarios: | | |
| ¿ASR tiene capacidad para prestar el servicio?: Si No – Comentarios: | | |
| Conflictos de Interés Si  No–Comentarios: | | |
| Aplica como empresa de múltiples emplazamientos:  Si  No | | |
| Exclusivo para S&SO y SGA: Se requiere información adicional  Si  No  R-003  R-121  OTRO  Complejidad de la empresa:  Alta  Media  Baja  Limitada | | |