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 [ ]  OTROComplejidad de la empresa: [ ]  Alta [ ]  Media [ ]  Baja [ ]  Limitada  |