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 Certificación.

(Agradecemos por completar este questionário, que se destina a fornecer-lhe as informações necessárias para preparar uma cotação adaptada às características de sua organização, para selecionar uma equipe de auditoria com a competência necessária para realizar a avaliação da sua Organização e determinar o número de dias de auditoria necessários para realizar todo o processo de Certificação.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Información general de la organización:  (Informaçãogeral da organização): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón Social de la organización:  (Razão Social da Organização): | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio (Calle, Ciudad, Región):  (Endereço -Rua, Bairro, Cidade, Estado): | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| RUT:  (CNPJ): | |  | | | | | | | | Teléfono:  (Telefone): |  | | | | | | | Cel:  (Cel): | | |  |
| Rubro de la organización:  (Título da Organização): | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Representante Legal:  (Nome do Representante Legal): | | | | | RUT Rep. Legal:  (CPF Rep. Legal): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del representante para la comunicación con ASR:  (Nome do representante para contato com a ASR) : | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Cargo:  (Cargo): |  | | | Teléfono:  Telefone: | |  | | | | | Cel:  Cel: | |  | | E-mail:  (e-mail): | |  | | | | |
| ¿Tiene la organización otros centros de trabajo dentro del alcance de la certificación? (Si tiene, indique las direcciones, actividades que realizan cada uno de ellos y la cantidad de empleados por centro):  (A organização possui outros centros de trabalho dentro do escopo da certificação? (Se houver, indique os endereços, atividades realizadas por cada um deles e o número de funcionários por centro): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personal total de la organización:  (Nº total de pessoas da organização): | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | |
| Número de personas al que aplica el sistema objeto de certificación:  (Número de pessoasàsquais se aplica o sistema objeto de certificação): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personal administrativo:  (Pessoal administrativo): | | |  | | | | | | Operativos:  (Operacionais): | | | | | | |  | | | | | |
| Horario de trabajo (oficinas):  (Horário de trabalho (escritórios): | | | | |  | | | | | | Horario de trabajo(planta):  (Horário de trabalho-planta:) | | | | | | | |  | | |
| En cuántos turnos trabajan?  (Em quantos turnos trabalham?) | | | | | UNO  UM | | | | | | DOS  DOIS | | | | | | | | TRES  TRÊS | | |
| ¿Qué tipo de procesos ejecutan?  (Que tipo de procesos executam)? | | | | | Diseño  Projeto | | | Producción  Produção | | | Servicio  Serviço | | | Distribución  Distribuição | | | | | Otros Cuál?  (OutrosQual?) | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuenta la organización con procesos que afectan al Sistema de Gestión que sean subcontratados? ¿Cuáles?Cuántas personas se subcontratan?  (A organização conta com processos que afetam o Sistema de Gestão que são subcontratados? Quais? Quantas pessoas são terceirizadas?) | | | | |
| ¿Cuenta la organización con emplazamientos temporales? ¿Cuántos?  (A organização conta com sites temporários? Quantos?) | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| ¿Utilizó servicios de consultoría para desarrollar su Sistema de Gestión?  (Usou serviços de consultoria para desenvolver seu sistema de gestão?)  SI Indique el nombre del consultor:  (SIM)  Indique o nome do consultor:  NO  (NÃO) | | | | |
| 2. Información referente al tipo de certificación solicitada:  (Informação referente ao tipo de certificação solicitada):  N  orma adoptada:  (Norma adotada): | | | | |
|  | ISO 9001:2015 | ISO 14001:2015 | ISO13485:2016 | ISO 27001:2013 |
|  | ISO 45001:2018 | NCh2728:2015 | NCh2861:2011 | SA8000:2014 |
|  | OHSAS18001:2007 | Cert.Proveedores | Otra Norma | Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |
| Describa detalladamente la(s) actividad(es), productos o servicios que se encuentran definidas en el alcance del Sistema de Gestión a certificar:  (Descreva detalhadamente as atividades, productos ous erviços que se encontram definidos no escopo do Sistema de Gestão a certificar): | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| En el caso de la norma ISO 9001:2015-ISO14001:2015, se identifica inaplicabilidad de algún requisito de la norma?  (No caso da norma ISO 9001:2015-ISO14001:2015, foi identificado algum requisito da norma, não aplicável?)  Indicar cuál (es):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Cuenta su Organización con alguna otra certificación?  (Sua Organização possui outra certificação?)  SI Indique cuál y en hasta qué fecha está vigente?  (SIM)  (Indique qual e a data de validade)?  NO  (NÃO) | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3. Estado para la Certificación  (Status para Certificação) | | |
| Indique el estado de la Organización para su certificación:  (Indique o status da Organização para sua certificação):    El sistema está en proceso de diseño e implementación  (O sistema está em proceso de projeto e implemeentação)    El sistema se encuentra implementado y auditado  (O sistema se encontra implementado e auditado)    El sistema ha resultado plenamente funcional durante por lo menos tres meses  (O sistema se apresenta plenamente funcional por pelo menos três meses)    El sistema se encuentra certificado. Solicita su recertificación.  (O sistema se encontra certificado). Solicita sua recertificação.) | | |
| Fecha en que estima estar en condiciones de certificar:  (Data em estima estar em condições de certificar): | | |
| 4. Información adicional  (Informação adicional) | | |
| Indique los motivos que lo han impulsado a solicitar esta certificación  (Indique os motivos que o levaram a solicitar esta certificação)portaría do detran | | |
| ¿Por qué medio conoció de los servicios que brinda ASR?  (Como tomou conhecimento dos serviços prestados pela ASR)? | | |
| En nuestras actividades de capacitación Publicidad Referencia de socios | | |
| (Em nossasatividades de Treinamento)  (Publicidade) (Referência de socios)  Referencia de organizaciones certificadas Referencia de consultor Otro:  (Referência de organizações certificadas)  (Referência de consultor) (Outro):¿Cuál? | | |
| Nombre del solicitante:  (Nome do solicitante) : |  |  |