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?) | UNOUM[ ]  | DOSDOIS[ ]  | TRESTRÊS[ ]  |
| ¿Qué tipo de procesos ejecutan?(Que tipo de procesos executam)? | DiseñoProjeto[ ]  | ProducciónProdução[ ]  |  ServicioServiço[ ]  | DistribuciónDistribuição[ ]  | Otros Cuál?(Outros[ ] Qual?) |

|  |
| --- |
| ¿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):Norma 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) : |  |  |