CUESTIONARIO PARA COTIZACIÓN

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 de NCh 2728:2015 para OTEC**.

1. **Información general de la organización:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razón Social de la organización: | | | | | | |  | | | | | |
| Domicilio: | | | |  | | | | | | | | |
| Comuna: | | | |  | | | | | Ciudad: |  | | |
| RUT: | | | | | | Teléfono: | | | | | Celular: | |
| Rubro de la organización: | | | | |  | | | | | | | |
| **Antecedentes Representante Legal** | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | |  | | | | | RUT: | | | Celular: | E-mail: |
| **Nombre del representante para la comunicación con ASR** | | | | | | | | | | | | |
| Cargo: | |  | | | | Teléfono: | | | | | Celular: | 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): | | | | | | | | | | | | |
| 1.- |  | | | | | | | | | | | |
| 2.- |  | | | | | | | | | | | |
| 3.- |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Los OTEC Deben detallar el Número de:** | | | | |
| Personal total de la organización: |  | Número de personas al que aplica el sistema objeto de certificación: | |  |
| Personal Administrativo: |  | Operativos: | |  |
| Personal Externo de Apoyo (Ej. Contador, Auditor Externo, etc..) | | |  | |
| Relatores : | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Horarios** | | | |
| Horario de trabajo (oficinas): |  | Horario de trabajo (Terreno): |  |
| ¿En cuántos turnos trabajan? |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Qué tipo de procesos ejecutan?** | | | |
|  | | |  |
| ¿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? | | | |
| ¿Utilizó servicios de consultoría para desarrollar su Sistema de Gestión? | | | |
|  | Indique el nombre del consultor |  | |

|  |
| --- |
| Describa detalladamente la(s) actividad(es), productos o servicios que se encuentran definidas en el alcance del Sistema de Gestión a certificar: |

1. **Información referente al tipo de certificación solicitada:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuenta su Organización con alguna otra certificación? | | | |
|  |  | Indique cuál y hasta qué fecha está vigente: |  |

1. **Estado para la Certificación.**

|  |  |
| --- | --- |
| Indique el estado de la Organización para su certificación: | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Fecha en que estima estar en condiciones de certificar: |  |

1. **Información adicional**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indique los motivos que lo han impulsado a solicitar esta certificación. (puede marcar varias opciones), ¿Por qué medio conoció de los servicios que brinda ASR? | | | |
|  |  |  | |
|  |  |  |  |

Nombre del solicitante:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **USO INTERNO ASR** | | | | UI-3 |
| **COTIZACIÓN Nº** |  | | **MONTO TOTAL OFERTADO:** | |
| Código EAC : |  | | Observaciones: | |
| Información Suficiente: |  |  | Comentarios: | |
| ¿ASR tiene capacidad para prestar el servicio?: |  |  | Comentarios: | |
| Conflicto de Interés |  |  | Comentarios: | |
| Aplica como empresa de múltiples emplazamientos: |  |  | Comentarios: | |