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:       |