

SOLICITUD DE COTIZACION

SERVICIOS DE "AUDITORIAS CERTIFICACION DE PRODUCTOS-SERVICIOS"

Con la finalidad de someter a su consideración el presupuesto del proceso de certificación, le solicitamos complementar el siguiente cuestionario y enviarlo vía mail a comercial.chile@appluscorp.com o vía fax al número **56 (2) 562 90 00**

Toda información proporcionada por el solicitante en este cuestionario será tratada, en todos los efectos, como confidencial

COTIZACIÓN PARA AUDITORIA PRELIMINAR **SI** **NO**

1. Datos de la Empresa:

| | | | | |
|--------------------|---|--|-----|---|
| Razón Social | : | | | |
| Nombre de Fantasía | : | | | |
| Rut | : | | | |
| Giro | : | | | |
| Dirección | : | | | |
| Comuna | : | | | |
| Ciudad | : | | | |
| Teléfono | : | | Fax | : |
| Página Web | : | | | |

Persona de Contacto responsable del Sistema de Gestión:

| | | | | |
|------------------------|---|--|--|--|
| Nombre Contacto | : | | | |
| Teléfono Directo/anexo | : | | | |
| Cargo | : | | | |
| Mail | : | | | |

Información Representante Legal:

| | | | | |
|--------|---|--|--|--|
| Nombre | : | | | |
| Cargo | : | | | |
| Rut | : | | | |

¿Comercializa bajo otros nombres comerciales?

En caso afirmativo, anotarlos:

Sí No

¿Es su empresa filial de algún grupo?

En caso afirmativo, anotarlos:

Sí No

2.- DETALLE DE CENTROS Y/O LUGARES A AUDITAR:

Si la empresa tienen más de un centro (Casa Matriz), favor indicar nombres, direcciones, y no. de empleados:

| Centro/Sucursal/planta | N° Trabajadores | Dirección | Ciudad |
|------------------------|-----------------|-----------|--------|
| | | | |
| | | | |

3.- DETALLE TRABAJADORES:

| Indique Total de trabajadores en la empresa: | | Indique N° de personal involucrado en el Sistema: | |
|--|--|---|--|
| Directivos: | | Medio Ambiente | |
| Administración: | | Comercial: | |
| Diseño/ Proyectos: | | Operativo | |
| Producción: | | Choferes o personal viajando | |
| | | | |
| N° de Turnos | | N° de Personal por urno | |

4.- Productos-servicios que van a ser certificados, sistema de certificación y normas con las que se certificara cada producto/Servicio

| |
|--|
| Descripción de los productos, procesos o servicios que deseen incluir en el alcance de la certificación: |
| |
| Señale las principales actividades de su empresa: |
| Diseño _____ Fabricación _____ Comercialización _____ Proyectos _____ Mantenimiento _____ Otros (especificar) _____ |

b) ¿Tiene alguno de sus procesos externalizados? (Favor detallar en caso afirmativo)

c) Señale Otros aspectos significativos de su proceso:



Certificamos su Tranquilidad

5. Sistema de Gestión: Norma de Aplicación:

ISO 9001 ____ **ISO 14001** ____ **OHSAS 18000** ____ **NCH 2909** ____

NCH 2728 ____ (indique si su empresa ha realizado algún curso de capacitación al momento de la auditoria) **SI** ____ **NO** ____

Sistema Integrado ____ **OTRA** _____

Especificaciones técnicas: Entorno reglamentario o legislativo aplicable a la actividad.

Liste las normas, reglamentación, legislación o especificaciones que apliquen a sus productos/Servicios.

¿Dispone de Manual de Sistema de Gestión?

¿Cuánto tiempo hace que está implantando el Sistema de Gestión? (en meses)

¿A contratado externamente los servicios de Implementación? ¿Mencione nombre de Empresa o persona independiente

Mencione las exclusiones de su Sistema

¿Fecha probable de Certificación?

¿Optará a Co-financiamiento CORFO? Si No

¿Su Empresa factura más de 100.000 UF anuales? Si No

¿Tiene más de 1 año de funcionamiento? Si No



Describa brevemente los motivos que le impulsan a obtener la certificación:

Agradecemos su colaboración.

Por favor, envíe este cuestionario con firma y timbre a **LGAI CHILE Applus+**, a nuestro correo electrónico comercial.chile@appluscorp.com o a nuestro Fax +56(2) 562 90 99

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

NOTA: LGAI CHILE SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR MAYORES ANTECEDENTES SI LO CONSIDERA NECESARIO PARA LA PREPARACION DE LA PROPUESTA COMERCIAL.

Solo para Uso Interno **LGAI CHILE S.A.**

Código Sector: _____ Conflicto de Intereses: SI ____ NO ____

Obs.: _____