**ICOMCER,** con la finalidad de proporcionar un presupuesto por los servicios de certificación del sistema de gestión de vuestra organización, requiere que usted complete la siguiente información:

**1.- Información de la empresa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Empresa | |  | | | Nombre Fantasía | |  | |
| RUT | |  | | | Giro | |  | |
| Dirección | |  | | | Ciudad | |  | |
| Región | |  | | | Email | |  | |
| Página Web | |  | | | Fono Contacto | |  | |
| Ubicación Geográfica | | | | | | | | |
| Zona Norte |  | | Zona Central |  | | Zona Sur | |  |

**2.- Datos de Contactos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Persona de contacto (Contacto de coordinación auditorías) |  | Cargo |  |
| e-mail |  | Teléfono Móvil |  |

**3.- Número de Personal**

|  |  |
| --- | --- |
| Total Personal en la empresa |  |
| Total Personal Interno |  |
| Total Personal Externo |  |
| Adjuntar Organigrama de la empresa vigente | |

**4.- Sistema(s) de Gestión Solicitado(s)**

Agradecemos indicar el tipo de servicio que requiere la certificación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Certificación Inicial |  | Ampliación de Alcance |
|  | Transferencia (\*) |  | Renovación |

**Nota (\*)**

Si es transferencia de Certificado o Renovación de Certificación, se solicita adjuntar copia del Certificado emitido.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dispone de Manual de SGC | **Si** | **No** |
| Tiempo que está implementado el SGC |  | |
| En caso de Renovación y/o Transferencia de Certificados, indique cursos registrados en SENCE. |  | |
| Fecha tentativa de la Certificación y/o Renovación |  | |
| Comentarios aplicables a la fecha tentativa |  | |

**5.- Requisitos Sistema(s) de Gestión**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.1 Requisitos para OTEC (según NCH2728 – SENCE)** | | | | | | |
| Cuenta con Oficina Administrativa (espacio diferenciado y delimitado a otras personas jurídicas o naturales – requisito permanente) | | | | **Si** | | **No** |
| **Salas** | **Talleres** | **Laboratorios** | **Plataforma Tecnológica** | | **Otros** | |
| Cuenta con Personalidad Jurídica cuyo objeto social sea exclusivo de prestación de servicios de capacitación | | | | **Si** | | **No** |
| Incorpora prestación de servicios de capacitación laboral y/o ocupacional de capacitación a empresas y a cualquier persona, instituciones públicas o privadas (si aplica) | | | | **Si** | | **No** |
| Posee Patente Comercial | | | | **Si** | | **No** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.2 Relatores Internos / Externos (\*)** | | | | | |
| Descripción de Relatores | | | | | |
| **N° Relatores** | **Tipo de Apoyo** | | **Inscrito REUF**  **(SENCE)** | | **Area del Curso**  **( ver 5.4)** |
|  | **Interno** | **Externo** | **Si** | **No** |  |
|  | **Interno** | **Externo** | **Si** | **No** |  |
|  | **Interno** | **Externo** | **Si** | **No** |  |
|  | **Interno** | **Externo** | **Si** | **No** |  |

**Nota (\*):**

Registro y Evaluación Unificado de Facilitadores – REUF

Es obligatorio para la planificación de la auditoría

|  |  |
| --- | --- |
| **5.3 Indicar a quiénes están dirigidas las actividades de capacitación (\*)** | |
|  | Para cursos que correspondan al área de: Salud, Seguridad, Transportes, etc., es obligatorio presentar la Autorización o Certificación de otros Servicios Públicos | |
|  | Para cursos de Programas Sociales, es obligatorio que la infraestructura debe quedar registrada y visada por SENCE | |
|  | Para cursos que trabajen con Franquicia Tributaria, FFAA, Gendarmería e Infraestructura Móvil, deben declarar que trabajan con estas modalidades, deben quedar registrado y visado por SENCE | |
|  | Para capacitación de SOFTWARES, debe evidenciar que se cuenta con Licencias Vigentes correspondientes | |
|  | Para cursos en áreas con Carabineros de Chile (OS-10), DIRECTEMAR, SAG, Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones y Ministerio de Educación, deben contar con la autorización vigente para cada una de las actividades y mantener disponible para el OCS y fines de fiscalización, cuando corresponda | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.4 Indicar Area(s) en la(s) cual(es) se ejecutará(n) la(s) acción(es) de capacitación(es) (Marque con una cruz)** | | | | | | | | |
| 01 |  | Administración | 09 |  | Construcción | 17 |  | Mecánica Automotriz |
| 02 |  | Agricultura | 10 |  | Ecología | 18 |  | Mecánica Industrial |
| 03 |  | Agropecuario | 11 |  | Educación y Capacitación | 19 |  | Minería |
| 04 |  | Alimentación, Gastronomía y Turismo | 12 |  | Electricidad y Electrónica | 20 |  | Procesos Industriales |
| 05 |  | Artes, Artesanía y Gráfica | 13 |  | Energía Nuclear | 21 |  | Salud, Nutrición y Dietética |
| 06 |  | Ciencias y Técnicas Aplicadas | 14 |  | Especies Acuáticas | 22 |  | Servicio a las Personas |
| 07 |  | Comercio y Servicios Financieros | 15 |  | Forestal | 23 |  | Transporte y Telecomunicaciones |
| 08 |  | Computación e Informáticas | 16 |  | Idiomas y Comunicación | 24 |  | Nivelación de Estudios |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.5 Tipo de Modalidad de Capacitación (según definición Guía Apoyo OTEC de SENCE de Nov 2019)** | | | | | |
| 1. **Presencial** | **Si** | | | | **No** |
| 1. **Distancia – E-learning** | **Si** | | | | **No** |
| **a) Sincrónico** | **b) Asincrónico** | | | **No** |
| **b.1) Con Facilitador** | | **b.2) Sin Facilitador** |
| 1. **Distancia - Autoaprendizaje** | **Si** | | | | **No** |
| **a) Con Soporte Físico (Nivel 1)** | | **b) Off Line (Nivel 2)** | |

**Nota (\*):**

Es obligatorio para la planificación de la auditoría

|  |  |
| --- | --- |
| **5.- Otros Datos**  Relevantes para la evaluación del servicio | |
| ¿El sistema de gestión ya está implementado?, favor indique tiempo transcurrido desde la implementación. |  |
| Si su sistema de gestión aún no está implementado, indique en cuanto tiempo tiene planificado presentarse a la auditoria de certificación (meses) |  |
| Si ha sido asesorado en el proceso de implementación de su sistema de gestión, indique el nombre del organismo o persona contratada |  |

**DECLARO QUE LA INFORMACIÓN EN ESTE DOCUMENTO CONSIGNADA ES FIDEDIGNA Y NOS COMPROMETEMOS A CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE CERTIFICACION Y EN SUMINISTRAR TODO ANTECEDENTE NECESARIO PARA LA EVALUACIÓN DE NUESTRO SERVICIO.**

Nombre:

Cargo:

Fecha:

Firma:

Por favor, envíe este documento vía electrónica a [judith.lobos@icomcer.cl](mailto:judith.lobos@icomcer.cl)

**NOTA: ICOMCER SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR MAYORES ANTECEDENTES SI LO CONSIDERA NECESARIO PARA LA PREPARACIÓN DE LA PROPUESTA COMERCIAL.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÓLO USO INTERNO ICOMCER** | | |
| **Existe Conflicto de Intereses para realizar Servicio** | **Si** | **No** |
| Si la respuesta es afirmativa, indicar como se procederá: | | |
| 1. **TRANSFERENCIA / RENOVACIÓN DE CERTIFICADOS** | | |
| Nombre Organismo de Certificación |  | |
| Código de Acreditación Organismo de Certificación |  | |
| Alcance del Certificado |  | |
| Registro INN |  | |
| Cursos registrados en SENCE |  | |
| Fecha Emisión Certificado |  | |
| Fecha Inicio Certificado |  | |
| Fecha Término Certificado |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Se acepta Solicitud | **Si** | **No** |
| Indique los motivos de la respuesta: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Revisado por** |  | **Fecha** |  |