**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

**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** |  |