**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 |  | RUT |  |
| Giro |  | Dirección |  |
| Ciudad |  | Región |  |
| Nombre Representante Legal |  | Rut Representante Legal |  |
| Persona de contacto  |  | Cargo  |  |
| e-mail |  | Teléfono móvil |  |
| Teléfono fijo |  | Fecha  |  |
| Nombre del responsable de la información enviada |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ubicación Geográfica |  |

**2.- Alcance y sitios (sucursales o sedes)**

Describa el alcance del sistema de gestión, incluya procesos, productos y/o servicios

|  |
| --- |
| **2.1 Sólo para SECTORES INDUSTRIALES (Marque con una cruz)** |
| **Sector** | **Descripción Sector Económico/Actividad** | **CÓDIGO NACE** | **Detalle** |  |
| 24 | Reciclaje | 38.3 | Valorización  |  |
| 34 | Servicios de ingeniería | 71 | Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería; ensayos y análisis técnicos |  |
| 72 | Investigación y desarrollo  |  |
| 74 excepto 74.3 | Otras actividades profesionales, científicas y técnicas (excepto Actividades de traducción e interpretación) |  |
| 39 | Otros servicios sociales | 37 | Recogida y tratamiento de aguas residuales |  |
| 38.1 | Recogida de residuos |  |
| 38.2 | Tratamiento y eliminación de residuos |  |
| 39 | Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos |  |
| 59.1 | Actividades cinematográficas, de video y de programas de televisión  |  |
| 60 | Actividades de programación y emisión de radio y televisión  |  |
| 63.9 | Otros servicios de información  |  |
| 79 | Actividades de agencias de viajes, operadores turísticos, servicios de reservas y actividades relacionadas |  |
| 90 | Actividades de creación, artísticas y espectáculos  |  |
| 91 | Actividades de bibliotecas, archivos, museos y otras actividades culturales |  |
| 92 | Actividades de juegos de azar y apuestas |  |
| 93 | Actividades deportivas, recreativas y de entretenimiento |  |
| 94 | Actividades asociativas |  |
| 96 | Otros servicios personales  |  |

|  |
| --- |
| Agradeceremos indicar si su empresa contrata externamente algún proceso incluido dentro del alcance del sistema de gestión |
| Si [ ]  No [ ]  | Indicar cuál(es): |
| Si el sistema de gestión de la empresa tiene más un sitio, favor indicar para cada sitio: nombre, dirección y procesos existentes. |
| **Sitio** | **Dirección** | **Procesos** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3.- Número de empleados por sitio (replicar tantas veces como sitios existan)**

**3.1 EMPRESA AREA AMBIENTAL / AREA CALIDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° Total de empleados en la empresa (personal efectivo para el cálculo de días auditor) | Representante Dirección |  |
| Administrativo de apoyo |  |
| Colaborador en SG |  |
| Auditor Interno |  |
| Auditor Externo |  |
| Personal Contable |  |
| Otro |  |
| N° de Empleados a tiempo completo |  |
| N° de Empleados a media jornada |  |
| N° de Empleados a menos de media jornada semanal |  |
| N° de Empleados con funciones sencillas, tales como, personal de limpieza, personal de clasificación de productos, etc. |  |
| Aprendices, personas en proceso de formación (por ejemplo, 1er ciclo de formación 25%, 2do ciclo de formación 50%, 3er ciclo de formación 75%) |  |
| N° de Conductores (aplica sólo a empresa de transportes) |  |
| N° de Personas que trabajan fuera de las instalaciones de la organización, por ejemplo, en su domicilio, en instalaciones del cliente |  |
| N° Cantidad de Turnos | - |
| N° de Personas en Régimen de Turnos | - |
| Horarios de trabajo |  |

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

|  |
| --- |
| Agradecemos indicar la(s) norma(s) bajo las cuales solicita la certificación |
| ISO 9001 |[ ]  ISO 14001 |[ ]  ISO 14006 |[ ]
| Otros (indicar) |  |
| Tipo de Servicio solicitado |  |
| Fecha tentativa del servicio |  |
| Comentarios aplicables a la fecha tentativa |  |

**5.- Requisitos particulares de los distintos sistemas de gestión solicitados**

Completar los datos solicitados sólo si el sistema es parte de su solicitud de servicios

|  |
| --- |
| **5.1 Requisitos para Sistema de Gestión Ambiental** |
| Listar en cuadro adjunto los Aspectos e Impactos Ambientales significativos identificados en vuestro sistema de gestión ambiental. |
|  |
| Listar los principales requisitos legales y otros requisitos aplicables a sus aspectos ambientales, dentro del alcance del sistema de gestión ambiental |
|  |
| Indicar si ha tenido en los últimos 5 años o mantiene pendiente, alguna causa legal con relación a temas ambientales o autoridades regulatorias, para respuesta positiva indicar detalles en cuadro adjunto |
|  |
| En relación al entorno de sus operaciones, indicar cualquier detalle importante a considerar, (por ejemplo, proximidad a zonas protegidas,) |
|  |
| **5.2 Requisitos para Sistema Integrado de Gestión** | Si | No | NA |
| La información documentada de su sistema de gestión tiene el más alto nivel de integración, en caso de respuesta negativa, indique que tipo de información documentada no está integrada (por ejemplo, procedimientos, instructivos, registros, etc.) |[ ] [ ] [ ]
| ¿La revisión por la dirección, incluye la totalidad de datos de entrada de las distintas normas involucradas en el sistema de gestión integrado? |[ ] [ ] [ ]
| ¿La coordinación, programación y realización de las auditorías internas, se hace en forma integrada?  |[ ] [ ] [ ]
| ¿El sistema integrado de gestión ha definido un solo Representante o Administrador del sistema de gestión? |[ ] [ ] [ ]
| ¿Existe una sola política integrada? |[ ] [ ] [ ]
| ¿Al establecer la competencia del personal, se han considerado todos los requerimientos de las distintas normas involucradas? |[ ] [ ] [ ]

|  |
| --- |
| **6.- 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.**

|  |
| --- |
| **Solo para Uso Interno ICOMCER** |
| **Conflicto de Intereses (lista despegable)** | .NO |  |
| **Si la respuesta es afirmativa, indicar como se procederá:** |
| **Revisado por** |  | **Fecha:** |  |