

Favor retornar via email a pterrero@qms.net

QMS Global Corp. Calle Genaro Pérez No. 30, Villa Olga, Santiago, Rep. Dom.

Asiento de la Compañía (Oficina Principal)

Nombre Compañía	
Dirección	
Ciudad, País	
Director Ejecutivo Nombre Completo <small>(Persona autorizada a firmar contratos)</small>	
No.Total de Localidades <small>(Incluyendo la Oficina Principal)</small>	
No. Total de Empleados dentro del Alcance	
RNC	

Persona de Contacto

Nombre Completo			
Posición		Teléfono	
E-mail		Fax	

Favor marcar los estándares al que desea aplicar (Favor incluir, si el estándar no esta enlistado)

<input type="checkbox"/> ISO 9001	<input type="checkbox"/> ISO 14001	<input type="checkbox"/> ISO 45001	<input type="checkbox"/> ISO 22000	<input type="checkbox"/> ISO 27001
<input type="checkbox"/> ISO 28000	<input type="checkbox"/> AS9100 -Aero	<input type="checkbox"/> AS9100 - Reparación	<input type="checkbox"/> AS9120	<input type="checkbox"/> AS9003
<input type="checkbox"/> Otro: (colocar)	<input type="checkbox"/> Auditoria Suplidor	<input type="checkbox"/> HACCP	<input type="checkbox"/> MVO 8000	<input type="checkbox"/> ISO 13485

(Clickear dos veces en los cuadros para activar la opcion "standard value" – favour confirmar al clickear "ok")

Tipo de Certificación

<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Re-Certificación	
----------------------------------	---	--

Donde escucho de QMS Global?

<input type="checkbox"/> Web	<input type="checkbox"/> Consultor	Referencia:	Otro:
------------------------------	------------------------------------	-------------	-------

Utilizó algún consultor para la implementación de su Sistema de Gestión?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	En caso de si, Quien? _____
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Alcance de Certificación

Favor describir brevemente el objeto de la compañía y sus actividades principales (productos y servicios). Este Alcance debe incluir solo las operaciones que estarán evaluándose dentro del Sistema de Gestión.

(e.j. Manufactura y Ventas de XXX productos así como el ensamble y consultoría en el área YYY)

Código EAC/IAF Code (Si conocido)		Exclusiones del Estándar	
Justificación de las Exclusiones			

Los productos y/o Servicios son diseñados por la empresa?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Existen procesos subcontratados (e. j. Compras, ventas, procesos de fabricaciones)?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Favor clicar en los siguientes factores que apliquen en su entidad; relevantes para el análisis de días/costo.

<input type="checkbox"/> Logística complicada (estructuras con mas de un edificio o instalación)	<input type="checkbox"/> No realiza Diseño y Desarrollo
<input type="checkbox"/> Multilingüe* (La auditoría debe realizarse en más de un idioma o en un idioma diferente al español)	<input type="checkbox"/> Productos/Procesos no implican Riesgos
<input type="checkbox"/> Sitio bastante amplio (localidad de evaluación amplia, que requiere traslado extenso de los auditores)	<input type="checkbox"/> Localidad pequeña para la cantidad de empleados (oficinas de servicios, o procesos simples)
<input type="checkbox"/> Alto grado de regulación** (la entidad debe seguir leyes específicas de su sector o industria, ej: alimentos, medicamentos, aero espacial, energía nuclear, etc)	<input type="checkbox"/> Sistema de Gestión Maduro (la entidad ha sido evaluada con anterioridad o tiene un tiempo considerable de tener implementado el sistema de gestión)
<input type="checkbox"/> Procesos altamente complejos (procesos que requieran de una expertise técnica y dedicación especial durante la auditoría)	<input type="checkbox"/> Alto % de empleados realizan actividades similares (una cantidad considerable de empleados realizan actividades similares que producen records y evidencias comunes, ej: transporte, operarios que hacen la misma operación)
<input type="checkbox"/> Combinación de hardware-software, procesos, y servicios (equipos o procesos que manejen software que inciden en el Sistema de Gestión)	<input type="checkbox"/> Todos los turnos realizan actividades similares (todos los turnos realizan actividades similares que producen evidencias comunes)
<input type="checkbox"/> Posee Sitios Temporarios*** (la entidad realiza servicios incluidos en el alcance fuera de la localidad o en la localidad del cliente)	<input type="checkbox"/> Proceso envuelve una sola actividad generica (la entidad realiza una sola actividad, ej: transportación de mercancía, solo servicios)

*Especificar el o los idiomas en que se estará realizando la auditoría	
**Enlistar Regulaciones o Leyes Especiales que	

rigen la entidad o el sector o industria	
***Nombrar localización de Sitios Temporarios	

Favor llenar esta página para la Oficina Principal o Casa Matriz y una adicional para las demás localidades o sucursales.

Tipo de localidad (Oficina Principal, Centro de Distribución, Almacén, Sucursal, Otra):			
Dirección:			
Alcance (Favor describir las actividades que se realizan en esta localidad):			
Número Total de empleados en esta localidad:			
Favor Incluir:			
Empleados de Jornada Parcial (e.j. max. 15 h) o para actividades auxiliares (e.j. trabajadores estacionales)		Otros empleados trabajando medio-tiempo (max. ½ día)	
Aprendices		Empleados Discapacitados	
Transportistas o Camioneros		Trabajadores de Campo (mensajeros, vendedores etc.)	

La empresa labora más de un turno en esta localidad? De ser sí, favor indicar:					
Número de turnos		Las Actividades de los demás turnos son similares	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
No. de empleados por turno:		1ro		2do	
				3ro	

Favor confirmar si en esta localidad se administra el Sistema de Gestión	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	De ser no, favor especificar en cual localidad se maneja el Sistema de Gestión.	
--	-----------------------------	-----------------------------	---	--

Actuales Certificaciones que posee la localidad (si aplica)	Certificadora	Valido hasta		
<input type="checkbox"/> ISO 9001				
<input type="checkbox"/> ISO 14001				
<input type="checkbox"/> ISO/TS 16949				
<input type="checkbox"/> ISO/IEC 27001				
<input type="checkbox"/> ISO 22000				
<input type="checkbox"/> OHSAS 18001				
<input type="checkbox"/> OTRA				
Favor incluir copia de las actividades certificadas o del certificado				
Posee sistemas integrados de dos o mas sistemas de gestión	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	De ser si, favor especificar cuales sistemas.	