

	<b>ACTA VERIFICACION ASOCIADOS DEL NEGOCIO</b>	CODIGO	GH-PL-01
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 2
		FECHA	02/05/2019

**FECHA DE VISITA:** \_\_\_\_\_ **CLIENTE** \_\_\_\_\_ **PROVEEDOR** \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente o Proveedor:	Nit ó C.C.:
Dirección:	Teléfonos:
E-Mail:	Fax:
Nombre Contacto:	Cargo:
Actividad Comercial de la empresa:	
Datos Suministrados por:	Cargo:

VERIFICACION Y ANALISIS DE LOS REQUISITOS DEL CLIENTE O PROVEEDOR

DOCUMENTO	REV/ACT	OBSERVACIONES
<b>REQUISITOS LEGALES</b>		
CAMARA DE COMERCIO		
LISTA CLINTON		
RUT		
LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO		
<b>CRITERIOS DEL PRODUCTO</b>		
CERTIFICACIONES COMERCIALES		
CONDICIONES DE PAGO		
GARANTIA		
<b>CRITERIOS DE SALUD OCUPACIONAL</b>		
REGLAEMENTO DE HIGIENE Y SE		
LICENCIAS (HABILITACION SECRETARIA DE SALUD)		
COMPETENCIAS (HOJA DE VIDA, CREDENCIAL, ETC)		
SISTEMA DE EMERGENCIAS (PLAN DE EMERGENCIAS, EQUIPOS, SEÑALIZACION, EVACUACION)		
<b>PROCEDIMIENTO TRABAJO SEGURO</b>		
TRABAJO EN ALTURAS		
RIESGO ELECTRICO		
MANEJO DE ARMAS		
CONDUCCION		
EPP		
PAGO SEGURIDAD SOCIAL		

**VERIFICADO:** \_\_\_\_\_ **VB:** \_\_\_\_\_