

**El formulario de precalificación NO será aceptado a menos que esté completo en su totalidad.*

Fecha de finalización: _____

INFORMACIÓN COMERCIAL

Nombre de la empresa: _____

Dirección: _____

Si es una oficina corporativa, marque aquí

Contacto principal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Otras sucursales: _____

¿Tiene un profesional acreditado por LEED en su plantilla? Si No

¿Número de proyectos LEED completados? _____ (Adjuntar listado y nivel de certificación)

Experiencia en diseño y construcción: Si No

If En caso afirmativo, el personal de ingeniería es: Interno Externo

Límites estatales del seguro de responsabilidad de diseño y construcción _____

Años en el negocio bajo el nombre actual _____ Años

Estado: No sindicalizado sindicalizado

Número de identificación del empleador: _____

Número de licencia de contratista: *(si aplica)* _____

Tamaño promedio del contrato durante los últimos cinco (5) años: \$ _____

Ingresos anuales promedio durante los últimos cinco (5) años: \$ _____

Carga de trabajo actual: \$ Volumen _____ Número de proyectos: _____

Empleados - Oficina: _____ Campo - Promedio de 3 años: _____ Campo - Actual: _____

Tipo de empresa: Corporación Asociación LLC Individual
 DBA Empresa conjunta Empresa unipersonal

TRABAJO REALIZADO

Enumere las categorías de trabajo o secciones de CSI que su empresa realiza habitualmente:

Enumere el trabajo que normalmente realiza usted mismo en su empresa:

Enumere los trabajos que normalmente subcontrata su empresa:

Marque las categorías en las que su empresa tiene experiencia:

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado de la salud | <input type="checkbox"/> Educación K-12 | <input type="checkbox"/> Educación superior | <input type="checkbox"/> Varios pisos |
| <input type="checkbox"/> Hotel/Motel | <input type="checkbox"/> Correccional | <input type="checkbox"/> Iglesias | <input type="checkbox"/> Aguas residuales |
| <input type="checkbox"/> Industria | <input type="checkbox"/> Venta minorista | <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> Filtración de agua |

Marque todas las regiones de Michigan en las que su empresa opera:

SW (corredor I-94/Oeste de la US 27) Oeste (US-10 a I-94/Oeste de US 27) NW (al norte de la US 10/oeste de la US 27)

SE (Sur de la US 10/E de la US 27) NE (al norte de la US 10/este de la US 27)

| CLASIFICACIÓN EMPRESARIAL | | |
|---|---|---|
| Ciudad de Grand Rapids - Precalificado | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su empresa cumple con una clasificación DBE? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <i>En caso afirmativo, complete el resto de esta sección.</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Propiedad de minorías | <input type="checkbox"/> Grand Rapids Micro-LBE | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Propiedad de mujeres | <input type="checkbox"/> Negocios desfavorecidos | |

| SEGURO | | |
|--|------------------------------------|---|
| Responsabilidad Civil Comercial General (Formulario de Ocurrencia): | | |
| Responsabilidad combinada por lesiones corporales y daños a la propiedad | Actual Cobertura | Requerimiento de Cobertura |
| Agregados generales | \$ _____ | \$2,000,000 |
| Productos - Agregados para operaciones completas | \$ _____ | \$2,000,000 |
| Cada incidente | \$ _____ | \$2,000,000 |
| Lesiones personales | \$ _____ | \$1,000,000 |
| Compensación de trabajadores y responsabilidad del empleador: | | |
| Cobertura A: | | |
| Cobertura legal: | Actual Cobertura | Requerimiento de Cobertura |
| Cobertura B: | | |
| Responsabilidad del empleado: | \$ _____ | \$100,000 Cada accidente |
| | \$ _____ | \$500,000 Enfermedad \$100,000 |
| | \$ _____ | Enfermedad, Cada empleado |
| Renuncia a la subrogación: | | Endoso incluido a favor del Contratista y Propietario |
| Póliza de automóvil para empresas: | | |
| Responsabilidad combinada por lesiones corporales y daños a la propiedad (límite único combinado): | Actual Cobertura | Requerimiento de Cobertura |
| | \$ _____ | \$1,000,000 Cada Accidente |
| Póliza de responsabilidad civil general: | | |
| Límites de la póliza de responsabilidad civil general para la responsabilidad del empleador, la responsabilidad civil general comercial y la responsabilidad civil de automóviles (siguiendo el formulario base) | \$ _____ | Cada ocurrencia |
| | \$ _____ | Agregado |
| Erhardt Construction, propietario y arquitecto, se incluirán como asegurados adicionales. | | |
| ¿Hay cobertura de seguro adicional disponible para operaciones completadas? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está disponible la cobertura EIFS bajo su póliza CGL? (solo para postores de paneles de yeso) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

| | |
|--|---|
| FIANZA | |
| ¿Su empresa es fiable? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>(Si no, proporcione una explicación).</i> |
| Capacidad de Fianza en conjunto: \$ _____ | Capacidad de fianza por proyecto: _____ |
| Compañía de fianzas (fianza): _____ | Tasa de fianza por \$1,000: _____ |
| Calificación de A.M. Best de la compañía de fianzas: _____ | Telefono: _____ |
| Nombre de la agencia de fianzas: _____ | |
| Calificación de Dun & Bradstreet: _____ | |

| | |
|---|--|
| DESEMPEÑO PASADO | |
| ¿Su organización alguna vez no completó algún trabajo adjudicado en los últimos siete (7) años? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>(Si es así, adjunte explicación)</i> |
| ¿Existen juicios, reclamaciones, procedimientos de arbitraje y/o demandas pendientes contra su organización o sus funcionarios en los últimos siete (7) años? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>(Si es así, adjunte explicación)</i> |
| ¿Su organización ha presentado alguna demanda o solicitado arbitraje con respecto a contratos de construcción en los últimos siete (7) años? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>(Si es así, adjunte explicación)</i> |

| | |
|--|---|
| SEGURIDAD | |
| ¿Cuántas violaciones de OSHA ha incurrido esta empresa en los últimos tres años? | _____ |
| ¿Cuál es el historial de EMR de compensación para trabajadores de esta empresa durante los últimos 3 años y el año actual? | año actual _____ Hace 1 año _____ Hace 2 años _____ Hace 3 años _____ |
| ¿Cuál es la tasa de incidentes registrables según OSHA de esta empresa durante los últimos 3 años y el año en curso? | (Número de incidentes registrables X 200 000 / horas-hombre trabajadas) año actual _____ Hace 1 año _____ Hace 2 años _____ Hace 3 años _____ |
| ¿Ha habido alguna muerte en esta empresa durante los últimos tres años? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Esta empresa tiene una política de seguridad escrita? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene su empresa una política escrita sobre abuso de sustancias? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su empresa cuenta con un consultor o profesional de seguridad corporativa o de sitio a tiempo completo? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Participa en el programa ABC STEP? Si la respuesta es sí, ¿en qué nivel de premio? | Nivel _____ |

