

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



El correcto llenado de esta solicitud es importante para ofrecerle un servicio de acuerdo a la realidad de su organización. (Llenar los campos en color gris, en el caso un campo de selección, marcar con una "X")

1. Datos Generales para la certificación

Organización/ Empresa:	LABORATORIOS BIOMEDICOS, S.A. DE C.V.
Dirección:	AV. EJERCITO NACIONAL NO. 516 COL. POLANCO C.P. 11560 DEL. MIGUEL HIDALGO
Director general:	C.P. EFRAIN SOLANO MELGAREJO
Representante autorizado:	BLANCA SARA GUIJOSA RUBIO
Teléfono / Ext:	54495449 EXT. 4090
Email:	esolano@saludangeles.com ,blanca.guijosa@biomedicos.com.mx,

2. ¿Cómo se enteró de nosotros?

<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Expo	<input type="checkbox"/> Seminario	<input type="checkbox"/> Recomendación de un consultor
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> Medios Impresos	<input type="checkbox"/> Promoción email IMNC	<input type="checkbox"/> Recomendación de un cliente
		<input checked="" type="checkbox"/> Me llamo el IMNC	<input checked="" type="checkbox"/> Es cliente actual del IMNC

3. ¿Qué certificación requiere?

<input checked="" type="checkbox"/> ISO 9001:2015	<input type="checkbox"/> ISO 14001:2015	<input type="checkbox"/> NMX- SAST 001- IMNC:2008	<input type="checkbox"/> ISO 50001:2011
<input type="checkbox"/> ISAS BC 9001	<input type="checkbox"/> Otra (especificar)		

¿Qué tipo de evento requiere?

<input type="checkbox"/> Certificación Inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovación	<input type="checkbox"/> Vigilancia	<input type="checkbox"/> Transferencia
Auditoría especial			
<input checked="" type="checkbox"/> Ampliación	<input type="checkbox"/> Cambio de Domicilio	<input type="checkbox"/> Otro (especificar)	
<input type="checkbox"/> Reducción	<input type="checkbox"/> Cambio de razón social		

Para Ampliación o Reducción, describir el tipo de modificación	<input type="checkbox"/> Alcance	UNIDAD HOSPITAL ANGELES SANTA MONICA
	<input type="checkbox"/> Procesos	
	<input type="checkbox"/> Productos	
	<input checked="" type="checkbox"/> Sitios	

4. Alcance de la certificación

(Ejemplo 1 : Diseño, Fabricación, comercialización y distribución de productos alimenticios, etc..)

(Ejemplo 2 : Prestación de servicios de comercialización y almacenamiento de productos alimenticios, etc..)

Servicios de análisis clínicos para determinaciones destinadas al diagnóstico clínico a pacientes internos y externos atendidos en Unidades y Hospitales. Recolección, preservación y abastecimiento de componentes sanguíneos a pacientes.

Nota 1: Si solicita un servicio en sistemas de gestión en ambiente, salud y seguridad o integrales (combinación entre calidad, ambiente y/o salud y seguridad), adicionalmente responda el Anexo A del presente documento.

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



5. ¿Cuáles son sus procesos clave para la realización de las actividades descritas en el inciso anterior?

DIRECTIVO, COMPETENCIA DE PERSONAL, ANALISIS CLINICOS, PROVISION DE HEMOCOMPONENTES, SUMINISTRO DE INSUMOS Y MATERIALES, MANTENIMIENTO, ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS Y REACTIVOS.

5.1 Número de total de empleados de la empresa y que intervienen para la realización de los productos y/o servicios descritos en los dos incisos anteriores.

Administrativos Y Finanzas	Recursos Humanos, Dirección y Calidad	Operativos			Total General
		Turno 1	Turno 2	Turno 3	
52	7	38	18	8	123

5.2 Especificar el porcentaje (%) de empleados hacen actividades repetitivas y especificar la actividad
(Esta información, nos permitirá determinar un muestreo de las actividades repetitivas y reducir el tiempo de auditoria)

% de empleados (ejemplo: 60 %)	Actividad (Ejemplo: ensambladores, telefonistas, etc.)
80 %	PROCESO DE REALIZACIÓN

6. Indique brevemente los documentos normativos, legales y reglamentarios (leyes, normas, otros) que debe cumplir su organización para la realización de sus productos o servicios.

- 1.
 2. ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos. Equivalente a Norma Oficial Mexicana NMX-CC-9001-IMNC-2015.
 3. ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario. Equivalente a Norma Oficial Mexicana NMX-CC.9000-IMNC-2008.
 4. Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-salud, ambiental-residuos peligrosos biológicos infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.
 5. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los Laboratorios Clínicos.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos

7. Para ingresar a sus instalaciones, ¿es necesario utilizar equipo de seguridad especial? y/o ¿es necesario tener algún tipo de permiso?
"Especificar cual"

SOLO BATA

8. Estatus del sistema de gestión

¿Ha realizado al menos una revisión por la dirección?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha realizado al menos una auditoría interna?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su sistema cuenta con al menos 3 meses de implementación?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso de responder No, Especifique los tiempos respectivos para cada actividad:		

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



9. Fechas tentativas para la realización de su auditoría

En qué fechas consideraría recibir la auditoría. (Etapa 1: Revisión documental, Etapa 2: Auditoría de Certificación-Renovación)

Auditoría Etapa 1	Auditoría Etapa 2	Auditoría de Ampliación o Reducción
Mes / Año	Mes / Año	Mes / Año
	MAYO 2018	

10. Datos adicionales de logística (en caso de aplicar)

¿Cuál es el aeropuerto o terminal de autobús más cercano a las instalaciones en donde se realizará la auditoría y la distancia en km o en tiempo?	AEROPUERTO DE LA CIUDAD DE MEXICO 1 HORA CENTRAL DEL NORTE 1 HORA
¿Qué hotel recomendaría para hospedar a los auditores?	CAMINO REAL POLANCO (MARIANO ESCOBEDO 700) 10 MIN

11. En caso de haber requerido servicios de un consultor externo a su organización, proporcionar los siguientes datos (*Obligatorio)

(*) Nombre de la Organización:	Grupo CRASA y Asociados, S.C.
(*) Nombre del consultor:	OSCAR ALVAREZ DE LA CUADRA
Teléfono:	(55) 55367959
Email:	Oscar Alvarez de la Cuadra <o_alvarez@crasa.com.mx>

12. Proporcione cualquier otra información que considere conveniente y que pueda ser de utilidad para preparar y efectuar las actividades del servicio solicitado.

Señalar también si necesita que su organización sea evaluada en un idioma diferente al español, favor de especificar el idioma.

NINGUNA

13. Información para facturación

Anexar RFC Completo de la persona física o moral a la que se emitirá la facturación:	LBI750314G83 LABORATORIOS BIOMEDICOS S.A. DE C.V. COMUNAL 84 COL DEL VALLE CP. 03100 CUIDAD DE MEXICO
Email para envío de la factura:	esolano@saludangeles.com, raul.milla@biomedicos.com.mx, blanca.guijosa@biomedicos.com.mx
Nombre de contacto:	BLANCA SARA GUIJOSA RUBIO
Teléfono:	5449-5449 EXT 4090 y 4091

14. Si su organización ha requerido los servicios de alguna empresa consultora, por favor indique el nombre esta, el nombre del personal que ejecuto los servicios.

SE ANOTA ARRIBA

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN

15. Sitios (Para Sistema de Gestión de la Energía ir Anexo B)

Nombre del Sitio (calle, no. exterior, no. interior, colonia, delegación /municipio, ciudad, código postal, estado y país.)		Contacto y Teléfono	Número de empleados involucrados en el proceso a certificar	Procesos que se ejecutan o Actividades/ Productos	Distancia en tiempo estimado entre la oficina central y cada sitio	Señalar si son temporales o fijos	Señalar los sitios que se van a ampliar o a reducir en caso de que aplique
Matriz	AV. EJERCITO NACIONAL NO. 516 COL. POLANCO C.P. 11560 DEL. MIGUEL HIDALGO	Q.F.F. IRMA CORTES MARTINEZ	19 administrativos 46 Proceso de realización	ADMISION, PROCESO DE ANALISIS CLINICOS	NA	FIJOS	
*Permanentes	CLINICA LONDRES DURANGO 50 COL ROMA C.P. 06700	DR. FRANCISCO CAPELLINI	10 Administrativos 20 Proceso de Realización	ADMISION, PROCESO DE ANALISIS CLINICOS Y BANCO DE SANGRE	40 MIN	FIJOS	
	HOAPITAL ANGELES ROMA QUERETARO No.58 COL ROMA C.P. 06700	DRA.ISABEL PALMA	13	ADMISION, PROCESO DE ANALISIS CLINICOS Y	40 MIN	FIJOS	
	SATELITE CIRCUITOS CIRUJANOS No. 11 PB CD. SATELITE C.P. 05100	NOEMI ESCAMILLA	3	ADMISION	50 MIN	FIJOS	
**Temporal	COMUNAL COMUNAL 84 ESQ MORAS COL. DEL VALLE	KARLA GARCIA	7	ADMISION	60 MIN	FIJOS	
	HOSPITAL ANGELES SANTA MONICA TEMISTOCLES 210 3ER PISO COL POLANCO.	DRA TERESA GARCIA	1	PROCESO DE ANALISIS CLINICOS	10 MIN	FIJOS	AMPLIAR
	MERIDA DURANGO 64 ESQ. MERIDA COL.ROMA CUAUHTEMOC	EVANGELINA CAMACHO	3	ADMISION	40 MIN	FIJOS	
	TOTAL		123				

* **Organización multisitio:** Organización que cuenta con una red de oficinas o sucursales (sitios), donde se tiene un sistema de gestión centralizado a partir del cual se planifican y controlan las actividades que se realizan parcial o totalmente en cada sitio.

* **Sitio Matriz:** Un sitio donde se administra el sistema de gestión y donde se encuentra la Alta Dirección.

* **Sitio Permanente:** Un sitio es un lugar donde una organización realiza su trabajo o servicio de forma permanente.

** **Sitio temporal:** Un sitio temporal es una instalación realizada por una organización para realizar un trabajo específico por un periodo de tiempo definido y que no se convertirá en sitio permanente (por ejemplo sitios de construcción).

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada en la presente solicitud es verdadera:

Nombre:	C.P. EFRAIN SOLANO MELGAREJO
 Firma del Representante de la organización	
Fecha de entrega de solicitud: 12/MARZO/2018	

Notas importantes:

- La organización solicitante asume la responsabilidad del cumplimiento de las leyes vigentes sobre el producto que fabrica o sobre el servicio que provee, a partir del llenado de la presente solicitud y hasta abandonar el programa de certificación del IMNC.
- La recepción de la presente solicitud por parte del IMNC, no implica la certificación de la organización.
- Toda la información proporcionada será tratada de manera estrictamente CONFIDENCIAL por parte del IMNC.

Anexo A Sistemas de Gestión Integrales

El presente anexo solo se debe llenar para servicios integrales.

¿La revisión por la dirección de cada sistema se realiza por separado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Los sistemas de gestión fueron creados, implementados y difundidos de forma separada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cada sistema de gestión tiene su documentación de forma independiente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cada sistema de gestión tiene su política de forma independiente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿La auditoría interna de cada sistema se realiza por separado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Los mecanismos de mejora (acción correctiva y preventiva, medición y mejora continua) se manejan por separado para cada sistema?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Las responsabilidades del personal para cada sistema de gestión se documentaron de manera independiente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Revisado por:

SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN



SOLICITUD DE PROPUESTA ECONÓMICA PARA LOS SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN

Anexo B Sistemas de Gestión de la Energía

Emplazamiento							
Nombre del Sitio (calle, no. exterior, no. interior, colonia, delegación /municipio, ciudad, código postal, estado y país.)		Procesos que se ejecutan o Actividades/ Productos	Número de fuentes de energía	Número de uso significativo de la energía	Número de personal eficaz del SGE (1)		Distancia en tiempo estimado entre la oficina central y cada sitio
Matriz	NO APLICA						
* Permanentes							
** Temporal							

* **Organización multisitio:** Organización que cuenta con una red de oficinas o sucursales (sitios), donde se tiene un sistema de gestión centralizado a partir del cual se planifican y controlan las actividades que se realizan parcial o totalmente en cada sitio.

* **Sitio Matriz:** Un sitio donde se administra el sistema de gestión y donde se encuentra la Alta Dirección.

* **Sitio Permanente:** Un sitio es un lugar donde una organización realiza su trabajo o servicio de forma permanente.

** **Sitio temporal:** Un sitio temporal es una instalación realizada por una organización para realizar un trabajo específico por un periodo de tiempo definido y que no se convertirá en sitio permanente (por ejemplo sitios de construcción).

(1) El personal eficaz de SGE se debe considerar el personal que impacta materialmente el SGE incluyendo: la Alta Dirección, representante(s) de la Dirección, equipo de gestión de la energía, persona(s) responsable(s) de los cambios mayores que afectan el desempeño energético, persona(s) responsable(s) de la efectividad del SGE, persona(s) responsable(s) de desarrollar, implementar o mantener las mejores en el desempeño energético incluyendo el alcance, las metas y los planes de acción; y persona(s) responsable(s) de los usuarios significativos de la energía.

(2)

DATOS ADICIONALES	
Consumo de energía anual (TJ)	
....	