

# 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:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S. A. DE C. V. (PEDREGAL)
Dirección:	Calle: CAMINO A SANTA TERESA No. 1055 Int: PISO 14, Col. HEROES DE PADIERNA, CP:10700, MAGDALENA CONTRERAS, MEXICO, CUIDAD DE MEXICO.
Director general:	Dra. Raquel Ocampo Lujano
Representante autorizado:	Lic. Israel Cuéllar Carpio
Teléfono / Ext:	5449-5500 ext 2053
Email:	calidadsrv.hap@saludangeles.com

## 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 checked="" type="checkbox"/> Certificación Inicial	<input type="checkbox"/> Renovación	<input checked="" type="checkbox"/> Vigilancia	<input type="checkbox"/> Transferencia
<b>Auditoría especial</b>			
<input 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
	<input type="checkbox"/> Procesos
	<input type="checkbox"/> Productos
	<input 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: Urianálisis, hematología, parasitología, microbiología médica, química clínica, serología, endocrinología, tamiz neonatal, inmunología, maquila y toma de muestras; Servicios de estudios anatomopatológicos: citología, histopatológicos, inmunohistoquímica y marcadores de biología molecular; para determinaciones destinadas al diagnóstico clínico; recolección, preservación y abastecimiento de componentes sanguíneos a pacientes: concentrados eritrocitarios, plasma, aféresis plaquetaria, crioprecipitados; y Servicios de Microbiología Sanitaria

**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?

**Análisis Clínicos, Recolección, Preservación y abastecimiento de componentes sanguíneos, Estudios anatomopatológicos y Microbiología Sanitaria**

### 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	
7	7	26	7	3	50

### 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.)
70%	Procesadores de muestras, recepcionistas, mantenimiento

## 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.

NOM-007-SSA3-2011, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS.  
NOM-253-SSA1-2012, PARA LA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS.  
NOM-210-SSA1-2014, PRODUCTOS Y SERVICIOS. MÉTODOS DE PRUEBA MICROBIOLÓGICOS. DETERMINACIÓN DE MICROORGANISMOS INDICADORES. DETERMINACIÓN DE MICROORGANISMOS PATÓGENOS.  
NOM-037-SSA3-2016 PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

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

**Bata para laboratorio**

## 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
24 – 27 Julio	24 – 27 Julio	

## 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 México
¿Qué hotel recomendaría para hospedar a los auditores?	Hotel Camino Real (Pedregal)

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

(*) Nombre de la Organización:	
(*) Nombre del consultor:	
Teléfono:	
Email:	

## 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.

## 13. Información para facturación

Anexar RFC Completo de la persona física o moral a la que se emitirá la facturación:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S. A. DE C. V. (PEDREGAL) Calle: CAMINO A SANTA TERESA No. 1055 Int: PISO 14, Col. HEROES DE PADIERNA, CP:10700, MAGDALENA CONTRERAS, MEXICO, CUIDAD DE MEXICO. RFC: OHA051017KE7,
Email para envío de la factura:	<a href="mailto:gerenciafinan.pedregal@saludangeles.com">gerenciafinan.pedregal@saludangeles.com</a>
Nombre de contacto:	CP. Nora Rios Serrano
Teléfono:	555278-2300 EXT 1234

## 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.

# 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	CAMINO A SANTA TERESA No. 1055 Int: PISO 14, Col. HEROES DE PADIerna, CP: 10700, MAGDALENA CONTRERAS, MEXICO, CIUDAD DE MEXICO. RFC: OHA051017KE7,	Israel Cuéllar Carpio 5449-5500 ext 2053	50	SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICO Y ANATOMOPATOLÓGICO, RECOLECCIÓN Y PRESERVACIÓN Y ABASTECIMIENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A PACIENTES Y SERVICIOS DE MICROBIOLOGÍA SANITARIA	NA	NA	NA
*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).

# 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:	ISRAEL CUELLAR CARPIO
Firma del Representante de la organización	
Fecha de entrega de solicitud: 24/05/2018	

## 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 SGEN (1)		Distancia en tiempo estimado entre la oficina central y cada sitio
Matriz							
* 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 SGEN se debe considerar el personal que impacta materialmente el SGEN 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 SGEN, 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)	
....	