**ANEXO I FORMATO PARA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA**

**Nota: El presente formato se publica en Word para facilitar su diligenciamiento. Queda estrictamente prohibido eliminar cualquier apartado.**

1. **INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD**

|  |
| --- |
| 1. **Identificación de la entidad**
 |
| Nombre / Razón Social: |  |
| NIT: |  | Fecha de constitución del laboratorio: |  |
| Tipo de laboratorio: | Parte de una organización mayor |  | Independiente |  |
| Tipo de servicio: | Primera parte |  | Segunda parte |  | Tercera parte |  |
| Objeto Social: |  |
| Dirección de la entidad:(Ubicación geográfica) |  |
| Departamento: |  | Municipio: |  |
| Teléfonos: |  |
| Página Web: |  |
| Correo electrónico: |  |
| No. Empleados totales del laboratorio:  |  |
| No. de mujeres (respecto del total): |  |
| No. de hombres (respecto del total): |  |
| No. empleados área de calidad: |  |
| No. de mujeres (respecto del área de calidad): |  |
| No. de hombres (respecto del área de calidad): |  |
| 1. **Identificación del representante legal**
 |
| Nombre Completo: |  |
| Tipo y número de documento de identificación: |  |
| Cargo en la organización: |  |
| Teléfono: |  | Celular: |  |
| Correo electrónico: |  |
| 1. **Breve reseña de la empresa (laboratorio)**
 |
| Por favor relacione información de:Antecedentes, actividad principal.¿Por qué surgió la necesidad de crear el laboratorio?Principales servicios que presta. Si ya presta servicios al sector fitoterapéutico, brinde detalles de métodos y tiempo de experiencia |
| 1. **Descripción de los servicios de evaluación de la conformidad que realizan actualmente**
 |
| Por favor relacione la siguiente información para todas las pruebas que oferte dentro de su portafolio de servicios. Puede agregar las filas que considere necesarias.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre prueba** | **Equipos principales usados** | **Elemento a ensayar (especifique)** | **Método de referencia** | **# pruebas/mes** | **Eslabón cadena de valor\*** | **¿Acreditado?****Si/No** | **¿Interés de acreditarlo?****Si/No** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*Clasifique en alguno de los siguientes eslabones de la cadena de valor:** materias primas, material vegetal, extractos, aceites, ingredientes naturales, producto terminado, otros. |
| 1. **Estimación de incertidumbre**
 |
| Por favor relacione información de:¿Realiza la estimación de incertidumbre para las pruebas que ejecuta?¿Qué método aplica?¿Ha tenido dificultades para la estimación de la incertidumbre de algún método o prueba? Brinde detalles. |
| 1. **Aseguramiento metrológico**
 |
| Indicar la situación del laboratorio respondiendo a preguntas como:¿Cuenta con un programa de aseguramiento metrológico?¿Qué métodos estadísticos implementan para establecer la frecuencia de calibración de los instrumentos?¿Realizan verificaciones intermedias? ¿Verifican el material volumétrico? |
| 1. **Sistemas de gestión implementados**
 |
| ISO 17025  |  | ISO 17034 |  | BPL ICA |  | BPL Invima |  | Otro, ¿cuál? |  |
| 1. **Aspectos ambientales**
 |
| ¿Cuenta con Políticas de reducción del impacto ambiental, políticas de gestión de residuos y/o sistemas de gestión ambiental implementados? | Si |  | No |  | **Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia de la política** |
| 1. **Aspectos de género**
 |
| ¿Cuenta con políticas de equidad, igualdad o perspectiva de género? | Si |  | No |  | **Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia de la política** |
| 1. **Información Financiera**
 |
| Activos totales del laboratorio a 2023 (COP): |  |
| Relacione los ingresos (COP) de ventas de servicios de los últimos 3 años | 2021 |  | 2022 |  | 2023 |  |
| Presupuesto o inversión a realizar en el laboratorio proyectada para los próximos 2 años (COP) | Menos de 20 millones (COP) |  | Entre 20 y 100 millones |  | Más de 100 millones |  |
| Ha exportado uno o varios de sus servicios de ensayo? | Si |  | No |  | A qué mercados? |  |

## 2. VIABILIDAD TÉCNICA DEL PROYECTO

|  |
| --- |
| 1. **Título del proyecto**
 |
| Por favor asigne una denominación / nombre al proyecto, con el cual lo identifiquen dentro de su organización. |
| 1. **Justificación del proyecto**
 |
| Relacione información que responda a preguntas como: ¿Qué se espera lograr con la ejecución del proyecto? Si actualmente no presta servicios al sector fitoterapéutico, ¿por qué desea incorporar en este sector? ¿Qué beneficios espera al implementar la norma ISO/IEC 17025 y/o ampliar el alcance de acreditación? |
| 1. **Pertinencia eimpacto del proyecto**
 |
| Indicar la alineación con los propósitos de la convocatoria, impacto que busca generar en el sector, posibilidades de incrementar ventas, exportaciones, empleo. ¿Ha realizado estudio de mercado del sector fitoterapéutico? ¿Conoce los requisitos que deben cumplir los clientes de este sector? ¿Cómo planea dar a conocer los nuevos servicios y crecer? |
| 1. **Mercado objetivo**
 |
| Mencionar tipo de clientes actuales a los que van dirigidos los resultados de las pruebas. Si son clientes extranjeros, especificar los países de destino.Si planea expandirse, indicar a que mercados espera llegar y en cuanto tiempo. |
| 1. **Identificación de la persona designada como líder de implementación/punto focal**
 |
| Nombre Completo: |  |
| Tipo y número de documento de identificación: |  |
| Profesión: |  |
| Cargo en la organización: |  |
| Tiempo que lleva en el cargo: |  |
| Tiempo total que lleva en la organización: |  |
| Teléfono: |  | Celular: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Relacione experiencia principal y si tiene experiencia en fitoterapéuticos. |  |
| Habilidades y competencias para destacar: |  |
| Razones que tuvieron en cuenta para elegir a esta persona como líder de implementación/punto focal: |  |
| 1. **Muestreo**
 |
| Indicar la situación del laboratorio respondiendo a preguntas como:¿Su laboratorio presta el servicio de muestreo o toma de muestra?¿Ha tenido dificultades para realizar los muestreos o toma de muestras? Brinde detalles |
| 1. **Asesorías/capacitaciones requeridas**
 |
| Mencionar las asesorías y/o capacitaciones que considere necesarias para lograr la implementación efectiva o ampliar el alcance de acreditación bajo la norma ISO/IEC 17025. |
| 1. **Equipo de trabajo**
 |
| Relacionar el personal que participaría en el proyecto, incluyendo personal de dirección y administración. Puede agregar las filas que considere necesarias.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre**  | **Cargo** | **Nivel educativo** | **Profesión** | **Años experiencia total** | **Años experiencia en el laboratorio** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |
| 1. **Cronograma mensual para la ejecución del proyecto**
 |
| Incluir cronograma con las actividades principales a realizar durante el proyecto, **donde se evidencien los recursos a destinar por parte del laboratorio** y los recursos que esperan aporte el GQSP. Tener en cuenta que el tiempo máximo es de 18 meses. Este cronograma podrá ser ajustado o modificado dependiendo del resultado del diagnóstico en caso de ser seleccionado.  |

|  |
| --- |
| **Nombre, cédula y firma del representante legal o apoderado** |
|  |