**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 entidad: | | | | | | | Parte de una organización mayor | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | Independiente | | | | | | | |  | |
| Clasificación entidad: | | | | | | | | | Pública | | | | | | |  | | | | Privada | | | | | | |  | | | | | | Mixta | | | |  | | |
| Objeto Social: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección de la entidad:  (Ubicación geográfica) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Departamento: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Municipio: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Teléfonos: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Página Web: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. Empleados totales de la entidad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 entidad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por favor relacione información de:  Antecedentes, actividad principal.  ¿Por qué surgió la necesidad de crear el laboratorio y/o de producir materiales de referencia?  Principales servicios que presta. Si ya presta servicios al sector fitoterapéutico, brinde detalles de del tipo de servicio y tiempo de experiencia. Si ya ha producido materiales de referencia (sin importar para que sector), brinde detalles del tipo de material, unidades producidas, etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Descripción de los materiales de referencia (MR) que produce actualmente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por favor relacione la siguiente información para todos los materiales de referencia (certificados o no) que actualmente produce o desarrolla en su entidad, independientemente si están o no relacionados con el sector fitoterapéutico (informativo).   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nombre del MR** | **Componente principal** | **Valor certificado/incertidumbre** | **Matriz o vehículo** | **Presentación** | **#unidades/mes** | **Uso previsto** | **Periodo de validez** | **Acreditado SI/NO** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Evaluación de la homogeneidad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indique los lineamientos/normas bajo los cuales realiza la evaluación de la homogeneidad  ¿Qué dificultades o retos ha presentado para realizar la evaluación de la homogeneidad? Brinde detalles. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Evaluación de la estabilidad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indique los lineamientos/normas bajo los cuales realiza la evaluación de la estabilidad  ¿Qué dificultades o retos ha presentado para realizar la evaluación de la estabilidad?. Brinde detalles. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Evaluación de la incertidumbre** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por favor relacione información de:  ¿Realiza la estimación de incertidumbre para los materiales de referencia que produce?  ¿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? | | | | |  | | | | |
| **Nota: Para los sistemas de gestión que cuente con acreditación o certificación, adjunte el soporte.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 a invertir en aspectos relacionados con la norma ISO 17034:2016, en caso de ser elegido beneficiario. | | | | | | | | | | | | | | | | | | Menos de 20 millones (COP) | | | | | |  | | | | Entre 20 y 100 millones | | | | |  | | | Más de 100 millones | | |  |
| **Indique claramente en qué sería invertido ese presupuesto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ha exportado uno o varios de sus materiales de referencia? | | | | | | | | | | | | | | | 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? En caso de que desee prestar servicios al sector fitoterapéutico, ¿por qué desea incorporar en este sector? ¿Qué beneficios espera al implementar la norma ISO 17034:2016 y/o ampliar el alcance de acreditación? | | | | | | | | |
| 1. **Pertinencia e impacto del proyecto** | | | | | | | | | |
| Indicar la alineación con los propósitos de la convocatoria, impacto que busca generar en el sector, posibilidades de incrementar ventas, exportaciones, empleo. En caso de que desee prestar servicios al sector fitoterapéutico ¿Ha realizado estudio de mercado en este sector? ¿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 materiales de referencia. 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 entidad: | | | |  | | | | | |
| Tiempo que lleva en el cargo: | | | |  | | | | | |
| Tiempo total que lleva en la entidad: | | | | |  | | | | |
| 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. **Descripción de los materiales de referencia (MR) objetivo del proyecto** | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nombre del MR** | **Componente principal** | **Valor certificado/incertidumbre** | **Matriz o vehículo** | **Presentación** | **#unidades/mes** | **Uso previsto** | **Periodo de validez** | **Indique si es**  **MR o MRC** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Indique por favor los materiales de referencia que podrían ser apoyados desde el programa, teniendo la claridad de que sólo uno (1) se escogerá para la asistencia técnica. | | | | | | | | |
| 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 17034. | | | | | | | | |
| 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** |
|  |