

CODIGO DE ENSAYO DE APTITUD 20-INM-EA-17

ENSAYO DE APTITUD PARA LA DETECCIÓN DE SARS-CoV-2

DATOS DEL LABORATORIO PARTICIPANTE

**Nombre de
Empresa/Laboratorio**

Dirección

Ciudad

Teléfono

**DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO
(Responsable del laboratorio)**

Nombre

Cargo

Teléfono / Celular

Correo Electrónico

La participación tiene un valor de: \$ 0

Este ensayo de aptitud será financiado, por lo cual la participación es totalmente gratis.

REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Cumplir con los requisitos establecidos en el numeral 4 del protocolo preliminar.	Deben hacer el registro directamente a través de nuestro portal de servicios en línea: http://servicios.inm.gov.co/portal/ solicitar el ensayo de aptitud y/o comparación interlaboratorios del cual desean participar y anexar toda la documentación requerida.

RESPONSABLE LABORATORIO

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

FECHA: ____/____/____
Año / Mes / Día

FECHA LIMITE DE INSCRIPCIÓN: 2020-10-23

CAPACIDAD MAXIMA DE PARTICIPANTES: 150

