

Señores

**INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGÍA**

Avenida Carrera 50 No. 26-55 Int. 2 CAN

Bogotá D.C.

Referencia: **Ensayo de Aptitud para la medición de indicadores de calidad microbiológica en leche cruda.**

El suscrito \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, actuando en representación de \_\_\_\_\_, con NIT \_\_\_\_\_, manifiesto que he leído cuidadosamente el **“Protocolo Preliminar Ensayo de Aptitud para la medición de indicadores de calidad microbiológica en leche cruda, código 23-INM-EA-02”**

Que conozco las condiciones del ensayo de aptitud, que entiendo las obligaciones y compromisos establecidos en el protocolo, así como también, las limitaciones y riesgos que pueden presentarse durante la realización de este ensayo de aptitud. Adicionalmente, asumo todas las sanciones que pueda establecer el INM en caso de mi incumplimiento de las condiciones establecidas en el protocolo relacionando, referentes a:

- Fechas de recepción y devolución (si aplica) del Ítem de Ensayo de Aptitud (IEA)
- Daños o averías provocadas al ítem de Ensayo de Aptitud (IEA)
- Fechas de envío de Informe de Resultados al INM.
- Compromiso de no confabulación y/o falsificación de resultados.
- No comunicar (total o parcialmente) los resultados obtenidos o alguna otra información relacionada con el ensayo de aptitud a ningún otro de los participantes durante el transcurso del mismo.

Adicionalmente, en atención a la “Política para la participación en Ensayos de Aptitud (EA) en laboratorios”, emitida por el Organismo Nacional de Acreditación – ONAC, autorizo al Instituto Nacional de Metrología para reportar a esta entidad mi participación, así como el código que se me asigne en este **ensayo de aptitud para la medición de indicadores de calidad microbiológica en leche cruda, código 23-INM-EA-02.**

Por otra parte, autorizo para que los resultados de esta comparación puedan ser utilizados por el Instituto Nacional de Metrología (INM) en la elaboración de artículos y publicaciones de carácter científico o académico: Si: \_\_\_\_\_; No: \_\_\_\_\_

Declaro haber leído y entendido los términos del presente documento y por tanto manifiesto estar conforme y aceptar las condiciones establecidas, para constancia se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_.

**FIRMA (Representante legal o Apoderado)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Dependencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nota:** En caso que el documento se firme por Apoderado, adjuntar el soporte respectivo (poder general o específico).