FORMULARIO No. 02
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LABORATORIO CLÍNICO

CERTIFICACIÓN DE CALIDAD, USO Y EXPERIENCIA EN SUMINISTRO Y MANEJO DE REACTIVOS Y EQUIPOS, EXPEDIDAS POR INSTITUCIONES DE SALUD DE TERCER Y CUARTO NIVEL

FECHA DE EXPEDICIÓN CERTIFICACIÓN:
_____13/11/2019_____

NOMBRE DE PROPONENTE: _____**MEBIOX SAS**_____ **NIT:** _____**900721599-8**_____

Número y Nombre del Grupo sobre el cual se expide la Certificación: __**GRUPO 9: ALERGENOS CONFIRMATORIOS**____

Número de analitos que utiliza la institución _____56_____Equipo donde se procesa ____LFA READER_____

ENTIDAD que expide la certificación_____COOPSANA
IPS_____
Nit _____800168083_____ Dirección _____CALLE 48 No. 66-50_____
Nivel de Atención _____II_____
Teléfono fijo _____4440055_____ Celular ___3173705662_____ Ciudad _____Medellin_____

El tiempo de uso de los reactivos en la institución debe ser mínimo 6 meses Cumple x___ No Cumple ___

CALIDAD Y CONFIABILIDAD DE LOS REACTIVOS

EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
X			

FUNCIONALIDAD Y ESTABILIDAD DEL REACTIVO EN EL EQUIPO

EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
X			

La fecha no será superior a treinta (30) días de la presentación de la oferta.

_____ _____1017146986_____

Firma del Profesional que USA LOS REACTIVO **Número de Cédula**

_____ _____43591456_____

Firma y sello del Jefe de Laboratorio de la Entidad que Certifica **Número de Cédula**

La información entregada puede ser verificada por la DIRECCIÓN Y/O COORDINACIÓN DEL