



PROGRAMA DE EVALUACION EXTERNA DE LA CALIDAD

FORMULARIO DE INSCRIPCION

GESTION – 2020

1. DATOS DEL LABORATORIO

N° DE REGISTRO SEDES:		N° NIT:	
NOMBRE DEL LABORATORIO:			
RAZON SOCIAL DEL LABORATORIO:			
RESPONSABLE DEL LABORATORIO:			
REPRESENTANTE LEGAL:			
DEPARTAMENTO:		PROVINCIA/LOCALIDAD:	
DIRECCION (ZONA, AVENIDA,CALLE, N°):			
N° CELULAR/TELEFONO			
EMAIL:			

2. INSCRIPCION A LOS SUBPROGRAMAS

2.1. SUBPROGRAMA DE TUBERCULOSIS Y BACTERIOLOGIA

PARAMETRO	Costo Bs.	MARCAR (x ó v)
Baciloscopia	350	
Identificación de microorganismos bacterianos hasta género y especie. Determinación de perfil desensibilidad y resistencia antimicrobiana Identificación de mecanismos de resistencia.	1800	

2.2. SUBPROGRAMA DE INMUNOLOGIA

PARAMETRO	Costo Bs.	MARCA (x ó v)
Pruebas básicas (Anti Estreptolisina (ASTO), Proteína C Reactiva (PCR) y Factor Reumatoideo (FR))	350	
Serología Anti CCP	350	
Serología para VIH (prueba rápida y ELISA)	300	
Serología para sífilis	250	
Serología para HBV (HBsAg y HBcAc)	450	
Serología para HVC (Elisa)	400	

2.3. SUBPROGRAMA DE PARASITOLOGIA

PARAMETRO	Costo Bs.	MARCAR (x ó v)
Serologia para CHAGAS (Anticuerpos IgGcontra Tripanosoma cruzi)	600	
Serología para Toxoplasmosis IgG e IgM	400	
Malaria	350	
Leishmania	350	
Enteroparasitos	400	



2.4.SUBPROGRAMA DE HEMATOLOGIA Y QUIMICA CLINICA

PARAMETRO	COSTO Bs.	MARCAR (x ó √)
PRIMER PAQUETE: Nitrógeno Uréico, Creatinina, Glicemia, Colesterol, Trigliceridos, Alaninoaminotransferasa (ALT/GPT), Aspartatoaminotransferasa (AST/GOT), Bilirrubina Total, Bilirrubina Directa. Hematocrito, Hemoglobina, Recuento de Leucocitos, Morfología celular, Recuento Diferencial.	1700	
SEGUNDO PAQUETE: Nitrógeno Uréico, Creatinina, Glicemia, Colesterol, Trigliceridos, HDL Colesterol, Alaninoaminotransferasa (ALT/GPT), Aspartatoaminotransferasa (AST/GOT), Fosfatasa Alcalina, Bilirrubina Total, Bilirrubina Directa, Albumina, Proteínas Totales, Acido Urico. Hematocrito, Hemoglobina, Recuento de Eritrocitos, Recuento de Leucocitos, Recuento de Plaquetas,Morfología celular, Recuento Diferencial.	2500	
TERCER PAQUETE: Nitrógeno Uréico, Creatinina, Glicemia, Colesterol, Trigliceridos, HDL Colesterol, Alaninoaminotransferasa (ALT/GPT), Aspartatoaminotransferasa (AST/GOT), Gama glutamil transferasa (GGT), Fosfatasa Alcalina, Bilirrubina Total, Bilirrubina Directa, Albumina, Proteínas Totales, Acido Urico, Calcio, Fosforo, Creatininquinasa (CK), Hierro, TIBC, Cloro, Sodio, Potasio. Hematocrito, Hemoglobina, Recuento de Eritrocitos, Recuento de Leucocitos, Recuento de Plaquetas, VCM, HCM, CHCM, Morfología celular, Recuento Diferencial.	3000	

2.5. BANCOS DE SANGRE (SOLO LOS HABILITADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE)

PARAMETRO	COSTO Bs.	MARCAR (x ó √)
Serología (HBV, HBC, VIH, Sífilis y Chagas)	1000	

2.6. LABORATORIOS DE REFERENCIA VIH/ITS/SIFILIS (SOLO LOS HABILITADOS POR EL PROGRAMA VIH/ITS/SIFILIS)

PARAMETRO	COSTO Bs.	MARCAR (x ó √)
Serología (VIH, HBV, Sífilis)	500	

El Laboratorio se compromete a cumplir con las condiciones estipuladas en la convocatoria del PEEC y en los instructivos que se nos proporcionen, asimismo a hacer la cancelación del total hasta la fecha indicada en la convocatoria, según lo solicitado en el presente formulario.

Como constancia de la conformidad de lo declarado en el presente formulario, firmamos al pie.

FIRMA RESP. DEL LABORATORIO
NOMBRE Y APELLIDO:
C.I. _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE Y APELLIDO:
C.I. _____

FECHA DE LLENADO DE INSCRIPCION:	
----------------------------------	--

3. CONTACTOS

Email PEEC: controlexterno.inlasa@gmail.com
Celular: 75229034
Teléfono: 22226048 - 2226670 (Int. 2863)
Dirección: Pasaje Rafael Zubieta N°1889 Lado Hospital del Niño, Zona Miraflores.

4. USO EXCLUSIVO PARA EL PEEC INLASA

FECHA DE RECEPCION:	
RESPONSABLE DE RECEPCION:	
ASIGNACION DE CODIGO	