



JUSTIFICACIÓN PARCIAL PARA NO PARTICIPAR EN ENSAYOS DE APTITUD

Laboratorios de ensayo y clínicos

FR-3.0-36 (Antes FR-3.0-18)
Versión 01
Fecha: 2024-01-25

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL LABORATORIO

Información del Laboratorio

Envío Justificación:	AAAA-MM-DD		Laboratorio acreditado (SI / NO):	
Razón social:			Nombre del Laboratorio (cuando aplique):	
Nombre de quién hace la solicitud:			Correo Electronico:	
Indique el código del Laboratorio				

Alcance para el cual se requiere la justificación para no participar en ensayos de aptitud (EA)

Requiere justificación para no participar en ensayos de aptitud en el caso en que no existan programas de ensayos de aptitud a nivel nacional o internacional, adecuados para el alcance de la acreditación, de acuerdo con los establecido en la *Política para la participación en ensayos de aptitud (EA) en Laboratorios, CEA-3.0-04.*

ALCANCE DE ACREDITACIÓN

CÓDIGO SECTOR GENERAL	CÓDIGO SECTOR ESPECÍFICO	NOMBRE DEL ENSAYO /PRUEBA, ANÁLISIS	TÉCNICA	SUSTANCIA, MATERIAL, ELEMENTO O PRODUCTO A ENSAYAR /MUESTRA,MATRIZ	INTERVALO DE MEDICIÓN	DOCUMENTO NORMATIVO	¿SE ACEPTA LA JUSTIFICACIÓN? (ESPACIO EXCLUSIVO DE ONAC)

Si requiere inserte filas adicionales

Relación de Proveedores de Ensayos de Aptitud consultados

Según el numeral 8.1.5 del CEA-3.0-04 el OEC debe anexar a su justificación los soportes de la búsqueda del programa(s) de EA incluyendo los PEA que fueron consultados (al menos tres consultas), el periodo(s) en que se hizo la consulta y las respuestas recibidas de dichos proveedores. En caso de que exista oferta disponible, la justificación debe incluir el por qué no se considera adecuada para participar según la definición dada en el numeral 7,2, literal f del CEA-3.0-04

FECHA DE CONSULTA	PAÍS	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ENSAYOS DE APTITUD (PEA)	FECHA DE RESPUESTA DEL PEA	EXISTE OFERTA DE EA	LA OFERTA ES ADECUADA PARA EL ALCANCE DEL LABORATORIO (Según definiciones del CEA-3.0-04)	Nombre del archivo anexo (soporte de las consultas realizadas, las respuestas recibidas y cuando aplique, del motivo por el cual no se considera adecuado)	OBSERVACIONES DE ONAC (SI SE REQUIERE)

Si requiere inserte filas adicionales

Respuesta ONAC

Coordinación Sectorial de Laboratorios

Revisión Profesional	Nombre de profesional	Coordinación sectorial de laboratorios	Firma	Fecha	AAAA-MM-DD
-----------------------------	-----------------------	---	-------	-------	------------