ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

**DIRECCION DE SALUD PÚBLICA**
**AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**
**Grupo Inmunoprevenibles**

# CARACTERIZACION DE LABORATORIOS CLINICOS

**Diligencia las siguientes opciones:**

1. NOMBRE DEL LABORATORIO:_____
2. DIRECCION DEL LABORATORIO:_____
3. Localidad donde se encuentra el laboratorio:_____
4. NIVEL DE COMPLEJIDAD:_____
5. **TIPO DE LABORATORIO: Marque con un X la opción que corresponda:**
    a. Laboratorio Privado independiente?:_____
    b. Laboratorio privado adscrito a una institución?:_____
    c. Laboratorio de la red publica?:_____
    d. Laboratorio privado de referencia?:_____
    e. Otro:_____Cual:_____
6. **Diligencia SI o NO a las siguiente opciones de acuerdo a sus examen realizados, solo afirme si el examen se procesa en el laboratorio, si se remite la respuesta será NO**.
    a. Procesa coprológicos y/o coproscopicos? _____
    b. Procesa Coprocultivos?: _____
    c. Se procesa algún tipo de virus en Materia Fecal: _____
7. **Diligencia los siguientes datos de su laboratorio**:
    a. NOMBRE DEL RESPONSABLE:_____
    b. Teléfono del laboratorio:_____
    c. Teléfono (celular) contacto:_____
    d. Correo electrónico:_____

*Esta ficha solo diligénciela y envíela en el primer mes de envío. SOLO deberá volverse a enviar ante alguna modificación o novedad.*