**FECHA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° DE CONSECUTIVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE ANÁLISIS BROMATOLÓGICO, FOLIAR Y OTROS** |
| **NOMBRE DEL SOLICITANTE** | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO / CELULAR** |
|  |  |  |
| **FINCA** | **VEREDA** | **MUNICIPIO** | **DEPARTAMENTO** |
|  |  |  |  |
| **TIPO DE ANÁLISIS SOLICITADO** | **N°DE MUESTRAS** | **RESULTADOS A NOMBRE DE** |
|  |  |  |
| **CORREO ELÉCTRONICO** | **La Muestra es suministrada por** |
|  | **El Cliente □ – El Laboratorio □ – Otros □** |
| **Persona o entidad responsable del muestreo** |  |
| **INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA** |
| **DETALLE** | **Muestra**  | **Muestra**  | **Muestra**  | **Muestra**  |
| **TIPO DE MUESTRA** |  |  |  |  |
| **Forma de toma de muestra**(puntual, integrada, compuesta)  |  |  |  |  |
| **Fecha de muestreo** |  |  |  |  |
| **Hora de muestreo** |  |  |  |  |
| **Características de la muestra** |  |  |  |  |
| **Fecha de envío al laboratorio**  |  |  |  |  |
| **Fecha de recepción en el laboratorio** |  |  |  |  |
| **Tipo de envase** (plástico, vidrio o papel) |  |  |  |  |
| **Muestra refrigerada** (si o no) |  |  |  |  |
| **Recipientes rotulados** (si o no) |  |  |  |  |
| **Tapas selladas** (si o no) |  |  |  |  |
| **Muestra apta para análisis**  | **Cumple** | **No cumple** | **Cumple** | **No cumple** | **Cumple** | **No cumple** | **Cumple** | **No cumple** |

**Firman:**

**USUARIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FUNCIONARIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CC: LASEREX**

*Observaciones*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_