**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 (CÓDIGO)** | | | | **N°DE MUESTRAS** | | | **RESULTADOS A NOMBRE DE** | | |
|  | | | |  | | |  | | |
| **CORREO ELÉCTRONICO** | | | | **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*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_