1. **INFORMACION DEL CLIENTE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CLIENTE:** |  | **NIT:** |  |
| **DIRECCION:** |  | **TELEFONO:** |  |
| **CONTACTO:** |  | **CARGO:** |  |
| **FECHA DE ENVIO:** |  |

1. **TIPO DE MUESTRA (Por favor marque con una X):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Producto terminado |  | Materia prima |  | Material de envase |  | Material de empaque |  | Producto en proceso |  | Excipiente |  | Equipo |  |
| Manos |  | Ambiente |  | Superficie |  | Aire comprimido |  | Guantes |  | Uniforme |  | Desinfectante |  |
| Agua destilada |  | Agua potable |  | Agua purificada |  | Agua desmineralizada |  | Otros |  | Cual? |  |

1. **INFORMACION DE LA MUESTRA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la muestra:** |  | **Lote:** |  | **CÓDIGO DE ANALISIS (Este espacio se diligencia en el laboratorio)** |
| **Presentación:** |  | **Cantidad:** |  |
| **Fecha de fabricación** |  | **Fecha de vencimiento** |  |
| **Fecha de re-análisis** |  | **Proveedor** |  |  |
| **Tamaño del lote:** |  | **Registro sanitario:** |  |
| **Información adicional:** |  | **Condiciones de almacenamiento:** |  |
| **Motivo de la solicitud de análisis** |  |
|  |  |
| **Nombre de la muestra:** |  | **Lote:** |  | **CÓDIGO DE ANALISIS (Este espacio se diligencia en el laboratorio)** |
| **Presentación:** |  | **Cantidad:** |  |
| **Fecha de fabricación** |  | **Fecha de vencimiento** |  |
| **Fecha de re-análisis** |  | **Proveedor** |  |  |
| **Tamaño del lote:** |  | **Registro sanitario:** |  |
| **Información adicional:** |  | **Condiciones de almacenamiento:** |  |
| **Motivo de la solicitud de análisis** |  |

1. **ENSAYOS Y ESPECIFICACIONES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENSAYO** | **ESPECIFICACION** | **REFERENCIA (NORMA, RESOLUCION O ESPECIFICACION INTERNA DEL CLIENTE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

FIRMA CLIENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECEPCION LABORATORIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_