



FORMATO PARA LA ENTREGA DE MUESTRAS  
AL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO

Nit: 900.207.843.-7

**Muestra #**

Fecha de Recepción	Día	Mes	Año
--------------------	-----	-----	-----

**Información de Recepción de la Muestra**

Responsable de la entrega de la Muestra	Cargo	Responsable de la Recepción de la Muestra	Cargo

**Información del cliente:**

Nombre	
Dirección	
Teléfono - Celular	
e-mail	

**Información de la muestra:**

Nombre empresa y/o finca						
Fecha toma de Muestra						
Responsable de tomar la Muestra/Cargo						
Cultivo						
Ubicación del cultivo: vereda, municipio, departamento						
Tipo de Cultivo	Invernadero	Campo	Hidropónico	Pos cosecha	Otro ¿Cuál?:	
Área del cultivo(m <sup>2</sup> o ha)						
Variedad						
Edad del cultivo / estado de desarrollo (vegetativo, floración, cosecha)						
Altura al nivel del Mar						
Temperatura Media						
Información de Bloque, Nave y cama						
Tipo de muestra	Suelo	Raíz	Tallo	Hojas	Flores	Frutos
Síntomas						
Tipo de daño	En Focos			General		
Análisis Solicitado	Nematodos		Fitopatológico	Microbiológico		
	Suelo	Raíz				
Tratamientos y/o aplicaciones del último mes						

**Información proporcionada por el laboratorio:**

Observaciones en la muestra	
Resultados	
Recomendación	
Fecha resultados	