GOBERNACION DE ANTIOQUIA REPUBLICA DE COLOMBIA	**Formato Remisión Muestras**	**Código:** FO-M2-P5-194 **Versión:** 1 **Fecha de aprobación:** 19-01-2018

MUNICIPIO:_____ **PROYECTO/PROGRAMA:** _____
LOCALIDAD: _____ **EMPRESA:** _____
MUESTRADO POR: _____ Teléfono Fijo o Celular: _____
Fax y correo electronico: _____

Fecha de Muestreo (dd/mm/aaaa)	Hora de Muestreo (hh:mm)	Matriz (*)	Descripción del punto de Muestreo (Código y Dirección) y/o del producto muestreado	Fisicoquímicos	Microbiologicos	Sustancia Interes Sanitario	Otro	Datos de Campo (Cloro Residual Libre, pH, etc.)

	Nombre	Firma	Fecha (dd/mm/aaaa)	Hora (hh:mm)
Entregado por:				
Recibido por:				
Entregado por:				
Recibido por:				

CONDICION DE LA MUESTRA EN LA RECEPCION DEL LABORATORIO

Muestra recibida intacta: SI ( ) NO ( )
Tipo de recipiente adecuado: SI ( ) NO ( )
Muestras dentro del periodo de análisis (Máximo 24 horas): SI ( ) NO ( )
Conservación de la muestra: Congelado ( ) Frio ( ) Ambiente ( )

(*) MATRIZ

AP (Agua Potable); AC (Agua cruda);AR (Agua Residual); AS (Agua Superficial; AT (Agua Subterranea);AM (Agua de Mar); AL (Agua Pluvial);VE (Vertimientos); SE (Sedimento); BV (Blanco Viajero) ;DP (Duplicado); Al (Alimento); BA (Bebida Alcholica); O (Otro)

OBSERVACIONES: