


DOCUMENTO CONTROLADO

FOR-GC-004 FORMATO SOLICITUD DE SERVICIO, REVISIÓN DE PEDIDOS, OFERTAS Y CONTRATOS

Copia controlada No. : 1

	Nombre	Puesto o función	Firma	Fecha
Elaboró:	Andi Rendón Arroyave	Directora Comercial		2023-02-05
Revisó:	Angela P. Patiño Pérez	Directora de Calidad		2023-02-05
Aprobó:	Dario Pardo Pardo	Director Técnico		2023-02-05
Localización del documento:		http://107.190.139.42/~aoxlabsgc/sig/		

Control de cambios

Estado	Fecha de inicio de vigencia	Revisión	Descripción del cambio realizado	Realizó	Revisó	Aprobó
Obsoleto	2017-08-01	1	Ninguno (versión original).	MEAC	YELP	YELP
Obsoleto	2023-02-05	2	Se estructuró mejor la información a solicitar al cliente y	AYRA	YELP	YELP
Obsoleto	2021-02-05	3	Se cambia el logo del documento. Se cambian los colores	AYRA	YELP	YELP
Vigente	2023-02-05	4	se cambia estilo según manual identidad	AYRA	APPP	DPP



FORMATO SOLICITUD DE SERVICIO, REVISIÓN DE PEDIDOS, OFERTAS Y CONTRATOS

AOXLAB S.A.S. NIT 900.567.821-9

Identificación: FOR-GC-004

Revisión: 4

PROCESO DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS

Inicio de vigencia: 2023-02-05

Almacenamiento del Registro

Carpeta RG

Fecha de solicitud

AAAA - MM - DD

Nº de solicitud

(Espacio reservado AOXLAB S.A.S)

DATOS DEL CLIENTE

Tipo de Usuario:

Empresa Persona natural

Empresa:

Nombre del Contacto:

Cédula/NIT:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Dirección:

Observaciones:

1. Si la muestra no está acompañada del formato de solicitud de servicio FOR-GC-004 totalmente diligenciado no se iniciarán los correspondientes ensayos hasta que sea suministrado por el cliente.
2. No se aceptarán cambios en los nombres, descripciones de muestra o condiciones de análisis una vez recibido este formato por cualquier medio

ANÁLISIS Y/O ENSAYO

Table with 5 columns: ID Muestra, Nombre de la Muestra, Análisis y método de referencia solicitado, Observaciones de la muestra, Normativa o especificaciones del cliente.

Nº total de muestras

VERIFICACIÓN DE CAPACIDAD DEL LABORATORIO (Espacio reservado para AOXLAB)

Table with 4 columns for verification questions: El Laboratorio tiene capacidades para aplicar el método requerido?, El Laboratorio cuenta con el equipo necesario para realizar el servicio?, El Laboratorio cuenta con personal competente y disponible para realizar el servicio?, El Laboratorio dispone del tiempo suficiente para realizar el servicio?, El método a utilizar es apropiado para el servicio solicitado?, El servicio ofrecido está acreditado?, Es necesario subcontratar la totalidad o parte del servicio?.

Firma Solicitante

Firma Recibe

ESPACIO RESERVADO AOXLAB S.A.S.

Table for sample custody: CUSTODIA DE LAS MUESTRAS, Entrega de muestras en el Laboratorio, Recepción de muestras en el laboratorio, Observaciones.

Instrucciones de llenado:

- (1) Indicar número de solicitud del registro de revisión, ej. 001/2015. Este campo es diligenciado por AOXLAB S.A.S.
 - (2) Indicar la fecha de solicitud en el formato AAAA-MM-DD
 - (3) Indicar el lugar físico o ruta electrónica donde se debe almacenar o coleccionar el formato una vez lleno (convertido en registro). Este campo es diligenciado por AOXLAB S.A.S.
 - (4) Indicar datos del cliente
 - (5) Indicar los requisitos del análisis y/o ensayo que solicita el cliente.
 - (6) Indicar el ID Muestra asignado al momento de ingreso de la muestra en el laboratorio. Este campo es diligenciado por AOXLAB S.A.S.
 - (7) Indicar el nombre de muestra tal cual se va a reportar en el informe de resultados
 - (8) Indicar el análisis (Ej: Proteína, grasa, etc) solicitado y el método solicitado (Ej: AOAC 2012.15)
 - (9) Indicar observaciones relacionadas con las muestra ((Ej: Indicar N° de lote, Condiciones de ensayo, etc)
 - (10) Normativa o especificaciones del cliente (Especificar para cada parámetro que requiera emisión de cumplimiento Si Aplica). Ej: Mínimo 0,2 g/100 g NTC1425/2012
 - (11) Verificación de capacidades del laboratorio. Este campo es diligenciado por AOXLAB S.A.S.
 - (12) Indicar y corroborar si el Laboratorio tiene capacidad técnica para realizar el servicio con el método solicitado.
 - (13) Indicar y corroborar si el Laboratorio cuenta con el equipo de medición requerido para realizar el servicio con el método solicitado.
 - (14) Indicar y corroborar si el Laboratorio cuenta con el personal competente disponible y suficiente para realizar el servicio con el método solicitado.
 - (15) Indicar y corroborar si el Laboratorio dispone del tiempo suficiente para realizar el servicio y entregar resultados en el tiempo requerido por el cliente (si lo ha externado). Si no es posible, proponer una nueva fecha más inmediata para consideración del cliente.
 - (16) Indicar si el método a utilizar es el apropiado para el servicio solicitado y cumple con el objetivo. Si no es el adecuado proponer una alternativa más conveniente para consideración del cliente. Indicar si son necesarias desviaciones al servicio solicitado (ej. al método). Registrarlas.
 - (17) Indicar si el servicio a ofertar está acreditado en todo su alcance, es de alcance limitado o no está acreditado.
 - (18) Indicar si el Laboratorio requiere subcontratar parte o la totalidad del servicio por alguna causa. Si requiere subcontratar, indicar las mediciones a subcontratar.
 - (19) Campo para indicar el nombre y/o firma de quien solicita
 - (20) Campo para indicar el nombre y/o firma, fecha y hora quien recibe
 - (21) Campo para indicar la información de custodia de la muestra. Este campo es diligenciado por AOXLAB S.A.S.
- (Nota) Recuerde tachar o cancelar los espacios en blanco no utilizados durante el llenado de este formato (en operación) y mantenerlo siempre legible. Si requiere hacer algún cambio a un valor ya escrito (registro), colocar el nuevo valor al lado y rubricarlo con fecha sin hacer ilegible el anterior.