



**FORMULARIO PARA EL INGRESO DE MUESTRAS AL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO FITOSANITARIO**

**I. INFORMACIÓN GENERAL DE LA MUESTRA Y DEL PAGO DE LA TARIFA**

|   |  |          |          |          |          |
|---|--|----------|----------|----------|----------|
| CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA ENVIADA: |  |          |          |          |          |
| FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA:                    |  | DD       | MM       | AAAA     |          |
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMÓ LA MUESTRA:       |  |          |          |          |          |
| NÚMERO DE RECIBO DE BANCO:                      |  |          |          |          |          |
| FECHA DE PAGO EN BANCO:                         |  | DD/MM/AA | DD/MM/AA | DD/MM/AA | DD/MM/AA |

**II. INFORMACIÓN GENERAL DEL EXPORTADOR / PRODUCTOR / PROGRAMAS FITOSANITARIOS, DE VIGILANCIA FITOSANITARIA O DE PROTECCIÓN AGRÍCOLA (CUARENTENA VEGETAL)**

|  |  |  |  |  |      |
|--|--|--|--|--|------|
| NOMBRE DE LA PERSONA INDIVIDUAL O JURÍDICA SOLICITANTE DEL SERVICIO: |  |  |  |  |      |
|  |  |  |  |  | NIT: |
| NÚMERO(S) TELEFÓNICO(S):   |  |  |  |  |      |
| CORREO(S) ELECTRÓNICO(S):  |  |  |  |  |      |

**III. INFORMACIÓN DE LA MUESTRA OBJETO DE DIAGNÓSTICO FITOSANITARIO**

|   |                      |                 |                |            |          |
|---|----------------------|-----------------|----------------|------------|----------|
| PROCEDENCIA DE LA MUESTRA:  |                      | FINCA:          |                |            |          |
| ALDEA:  |                      |                 |                | MUNICIPIO: |          |
|   |                      |                 | DEPARTAMENTO:  |            |          |
| COORDENADAS:  | X:                   |                 |                |            | Y:       |
| PRODUCTO / CULTIVO:   |                      |                 |                |            |          |
| PARTE(S) DE LA PLANTA:  | HOJA:                | FRUTO:          | RAÍZ:          | TALLO:     | FLOR:    |
| ESQUEJES:   | RIZOMAS:             | TUBÉRCULO:      | COGOLLO:       | OTRO:      |          |
| NOMBRE CIENTÍFICO Y VARIEDAD (CUANDO APLIQUE):  |                      |                 |                |            |          |
| CANTIDAD ESTIMADA DEL PRODUCTO O CULTIVO (APLICA A EXPORTADORES):   |                      |                 |                |            | KGS      |
| TAMAÑO DE LA MUESTRA ENVIADA A LABORATORIO:   |                      |                 |                | KGS        | UNIDADES |
| TIPO DE EMBALAJE UTILIZADO EN EL ENVÍO DE LA MUESTRA:   |                      |                 | TRAMPA:        | VIAL:      | FRASCO:  |
| BOLSA PLÁSTICA:   | SOBRE:               | CAJA DE CARTÓN: | CAJA PLÁSTICA: |            |          |
| HIELERA:  | OTRO(S) ESPECIFIQUE: |                 |                |            |          |
| PAÍS DESTINO Y PLAGAS A IDENTIFICAR (APLICA A EXPORTADORES) / PLAGAS A IDENTIFICAR (SI ES PRODUCTOR / DE PROGRAMA FITOSANITARIO, DE VIGILANCIA FITOSANITARIA O DE PROTECCION AGRÍCOLA (CUARENTENA VEGETAL)) |                      |                 |                |            |          |
|   |                      |                 |                |            |          |
|   |                      |                 |                |            |          |

**IV. INFORMACIÓN DEL TIPO DE DIAGNÓSTICO FITOSANITARIO REQUERIDO**

|                     |                          |                     |                          |                   |                          |
|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 6601 FITOPATOLÓGICO | <input type="checkbox"/> | 6602 NEMATOLÓGICO   | <input type="checkbox"/> | 6603 ENTOMOLÓGICO | <input type="checkbox"/> |
| 6604 BACTERIOLÓGICO | <input type="checkbox"/> | 6605 MALHERBOLÓGICO | <input type="checkbox"/> |                   |                          |

|                |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|
| OBSERVACIONES: |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|

**V. USO EXCLUSIVO PARA PERSONAL OFICIAL CONTRATADO POR LA DSV/VISAR-MAGA**

|  |  |  |  |           |  |
|--|--|--|--|-----------|--|
| CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL: |  |  |  | TELÉFONO: |  |
| UNIDAD DE TRABAJO:                     |  |  |  |           |  |
| NOMBRE COMPLETO:                       |  |  |  |           |  |
| BENEFICIARIO:                          |  |  |  |           |  |
| OBSERVACIONES:                         |  |  |  |           |  |

FIRMA DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE / PERSONAL OFICIAL

RECEPCIONISTA

FECHA Y HORA DE INGRESO DE MUESTRA