**Solicitud para GC-MS para columna capilar HP-5**

**Nombre de quien entrega la muestra…………………………………. E-mail……………………………………… Interno……………………………….**

**Usuario…………………………………………………. Director del proyecto………………………………………………**

**Nombre de quien recibe la muestra…………………………………...**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Código de muestra** | **Nombre de muestra** | **Condiciones GC**  **(indicar rampa utilizada o nombre del método)** | **Condiciones MS**  **(Modo SCAN o SIM, otro)** | **Origen sintética o natural (Aceite o muestra biológica)** | **Conc. (mg/mL)** | **Solvente** | **Para muestras puras indicar** | | | |
| **Estructura** | **Formula molecular** | **Peso molecular** | **tR (min) esperado** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

OBSERVACIONES:\*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

\*En este espacio indicar la condición de almacenamiento de las muestras antes, durante o luego del análisis u otra dato que considere relevante.

En el caso de muestras impuras indicar posibles subproductos.

El LIUC no se responsabiliza por cualquier daño, deterioro, degradación o cambio de propiedades, que por su naturaleza, sufran las muestras antes, durante o posterior al proceso de realización de pruebas.