



SOLICITUD DE CALIBRACIÓN TRANSFORMADORES DE MEDIDA

CÓDIGO: 109P01I001F002

VERSIÓN: 6

SOLICITUD N°: _____	FECHA:	AÑO	MES	DÍA
		_____	_____	_____

DATOS DEL CLIENTE		
NOMBRE: _____	NIT/CC: _____	TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN: _____	E-MAIL: _____	FAX: _____

DATOS DEL TRANSFORMADOR													
Cant	t.c	t.t	Marca	Modelo	Tipo ¹	Relación	Potencia (VA)	Clase	Norma de Fabricación ²	Nivel Aislamiento	Ith ⁵ (kA)	Idyn ⁵ (kA)	Series

1. El tipo del Transformador corresponde a: E (Exterior) –I (Interior) – V (Ventana) – B (Barra)
2. La norma de Fabricación corresponde a: A (NTC-2205:2013 IEC 61869-2:2012) – B (NTC-2207:2012 IEC 61869-3:2011) – C (NTC 5787:2010/IEEE C57.13:2008)
3. El ensayo realizado por el Laboratorio es el de Exactitud (Calibración) que corresponde a la determinación del error de relación y el desplazamiento de fase.
4. El método utilizado es el de Comparación Directa del transformador objeto de prueba con el Patrón de la respectiva magnitud utilizando cargas patrón normalizadas.
5. Para el caso de los transformadores de corriente Ith es la corriente térmica e Idyn es la corriente dinámica expresada en kA.

OBSERVACIONES O REQUERIMIENTOS ESPECIALES
TIEMPO DE RESPUESTA REQUERIDO PARA ESTE SERVICIO _____ Días



SOLICITUD DE CALIBRACIÓN TRANSFORMADORES DE MEDIDA

CÓDIGO: 109P01I001F002

VERSIÓN: 6

OBSERVACIONES DEL LABORATORIO:

Los Datos Personales suministrados serán utilizados por EMCALI EICE exclusivamente para el trámite de su solicitud, en concordancia con el Aviso de Privacidad y la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en nuestra página WEB www.emcali.com.co (Ley 1581/2012)

En la página Web de Emcali. www.emcali.com.co link energía, se encuentra para conocimiento del cliente la siguiente información: Métodos de ensayos, certificado de acreditación vigente, Formatos de solicitudes de servicios y guías de diligenciamiento, tarifas y descripción de los servicios prestados.

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DEL LABORATORIO: REGISTRO 109P01I001F004 de Fecha _____

TIEMPO DE ENTREGA PARA ESTE SERVICIO _____ DÍAS

SOLICITUD APROBADA POR EL LABORATORIO?

SI: _____

NO: _____

FIRMA AUTORIZADA CLIENTE (El cliente declara que conoce y acepta las condiciones para la prestación del servicio)

NOMBRE:

FIRMA:

CÉDULA

FIRMA AUTORIZADA LABORATORIO

NOMBRE:

FIRMA:

CARGO:

REGISTRO: