



SOLICITUD DE SERVICIOS ANALÍTICOS Y ENTREGA DE RESULTADOS



Laboratorio de Espectroscopia Óptica – Espectroscopia Raman



C F A T A

Sistema de gestión de la Calidad

1a. versión: 24/jun/2020

Versión 9: 16/jun/2022

Usuario:		Folio			
Cargo:		Fecha: <table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> </table>	día	mes	año
día	mes	año			
Compañía o Institución		Cotización No.			
e-mail		Tel.			
<p>Especificaciones</p> <p>Espectroscopia Raman con microscopio Laser: 785 nm; Intervalo de medición: 50-3300 cm⁻¹</p> <p>Se requiere estar presente en el momento del análisis: Si () No () Datos de la cita: Fecha: _____ Hora: _____ <i>Tiempo de tolerancia para la cita 10 minutos</i></p> <p>Requisitos del usuario: Resultados: Formato electrónico () Fotos ()</p> <p>Entregables: Resultados electrónicos, fotos y reporte de resultados si se requiere.</p> <p>Requisitos adicionales:</p> <p>Favor de recoger sus muestras después del análisis, sólo se resguardarán por 1 mes.</p>		<p>Características de la(s) muestra(s)</p> <p>Material: Orgánico () inorgánico () Presentación de la muestra: Polvo () sólido que se pueda moler () Líquido () Película () Otra:</p> <p>Toxicidad y manejo especial de la(s) muestra(s): Temperatura de descomposición (°C) :</p> <p>Número de muestras: _____ NOTA: Las claves de las muestras que están escritas en la solicitud deben corresponder a las muestras entregadas Clave de muestra(s):</p>			
Observaciones					

Para uso interno:

Fecha de recepción de muestras:	Importe
Fecha compromiso de entrega de resultados:	Nombre de quien recibe las muestras:

Lista de Verificación

Servicio	Liberación
Las claves de las muestras están correctamente escritas en la solicitud y corresponden a las muestras entregadas: Si () No ()	Alguna(s) muestra(s) presentaron fluorescencia: Si () No ()
La cantidad de muestra es adecuada: Si () No ()	La relación señal-ruido es adecuada: Si () No ()
Se analizaron todas las muestras: Si () No ()	Los requisitos del usuario han sido satisfechos: Si () No ()
Se cumplió el tiempo estimado: Si () No ()	

Liberación del Producto

(para uso interno)

Nombre de quien verifica los resultados:	Nombre de quien realiza el análisis (en caso de ser diferente de quien verifica):
Firma: Fecha:	Firma:
Tiempo de realización del servicio (número de días hábiles):	Fecha:
En caso de existir Producto No Conforme Folio: _____	

Evaluación del servicio

Estimado usuario: Su opinión es muy importante para conocer nuestro desempeño.

Marque el recuadro que mejor califique su percepción en cuanto al servicio recibido, considerando 5 como la calificación más alta y 1 como la más baja.

	5	4	3	2 *	1 *
1. ¿Cómo califica el cumplimiento de los requisitos que solicitó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En general ¿cómo califica el servicio proporcionado? (cotización, recepción, entrega de resultados y retroalimentación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿En qué grado se cumplieron sus expectativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cómo califica la atención en el proceso de pago y facturación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* En caso de una calificación desfavorable, explique por favor a qué se debe.

Comentarios y sugerencias:

RECIBÍ DE CONFORMIDAD

Resultados: Electrónicos () Muestras sobrantes () Informe de resultados ()
Nombre y Firma: Fecha:

Si no fueron cubiertas sus expectativas puede presentar una QUEJA o SUGERENCIA en la página web del Laboratorio