



Nombre del usuario:	Folio
Cargo:	Fecha: _____ día    mes    año
Compañía o Institución:	Cotización No.
e-mail:	Tel.

ESPECIFICACIONES

Equipo a utilizar:

( ) DY.22      ( ) Z005      ( ) Z050      ( ) Perfilómetro

Tipo de ensayo a realizar:

( ) Tensión    ( ) Compresión    ( ) Flexión    ( ) Dureza    ( ) Textura    ( ) Adhesión    ( ) Penetración  
( ) Rugosidad

**Especificaciones de las muestras:**

Las muestras deben ser homogéneas y en estado sólido. La forma y dimensiones de las probetas dependen del tipo de prueba y las dimensiones de la máquina. Para garantizar resultados confiables, el número de especímenes por muestra debe ser por lo menos de seis.

**Especificaciones de la prueba:**

Realizar la prueba bajo Norma: **Sí** ( ) Anexar copia **No** ( ) Velocidad de la prueba (mm/min) \_\_\_\_\_

**Consideraciones importantes:**

-Si la carga necesaria para realizar la prueba excede la capacidad de la celda, la prueba se detendrá automáticamente.

-Por seguridad del operador y del equipo, no es posible realizar ensayos en materiales que desprendan líquidos o gases tóxicos y/o corrosivos con la aplicación de la carga.

REQUISITOS DEL USUARIO Y DETALLES DE MUESTRAS

Clave de la muestra (como aparece en la etiqueta)	Número de especímenes

Desea estar presente durante la prueba Sí ( ) No ( )

Cita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

Resultados:

Impresos ( ) Electrónicos ( ) Informe de resultados ( )\*

\*Obligatorio en servicios externos

Requisitos adicionales y observaciones:

Para ser llenado por el laboratorio

Entregable:

Fecha de recepción de muestras.	Importe total de servicio
Nombre de quien recibe	Fecha compromiso de entrega de resultados
No olvide recoger sus muestras sobrantes, sólo se resguardarán por 1 mes.	

Puntos críticos (uso interno)

Solicitud debidamente llena:	Si ( ) No ( )
Muestras sólidas y homogéneas	Si ( ) No ( )
Formas y dimensiones de las muestras apropiadas para el tipo de prueba	Si ( ) No ( )
Correspondencia entre las claves de la solicitud y las muestras sean las mismas	Si ( ) No ( )

Liberación del producto

Cumplimiento de los requisitos del usuario	Si ( ) No ( )
Se analizaron todas las muestras	Si ( ) No ( )
Verificación de las condiciones de prueba	Si ( ) No ( )

En caso de Producto No Conforme, Reporte No. \_\_\_\_\_

Firma de quien realiza el servicio.	Fecha:	Firma de quien libera el producto
-------------------------------------	--------	-----------------------------------

### 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

Reporte Técnico: Impreso ( ) Electrónico ( ) Muestras sobrantes ( )

Nombre y Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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