



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: día mes año
Compañía o Institución		Cotización No.
e-mail		Tel.
<p><b>Especificaciones</b>          Espectroscopia Raman con microscopio          Laser: 785 nm; Intervalo de medición: 50-3300 cm<sup>-1</sup></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><b>Requisitos del usuario:</b>          Resultados: Formato electrónico ( ) Fotos ( )</p> <p><b>Entregables:</b> Resultados electrónicos, fotos y reporte de resultados si se requiere.</p> <p><b>Requisitos adicionales:</b></p> <p>Favor de recoger sus muestras después del análisis, sólo se resguardarán por 1 mes.</p>		<p><b>Características de la(s) muestra(s)</b>          Material: Orgánico ( ) inorgánico ( )          Presentación de la muestra: Polvo ( ) sólido que se pueda moler ( )          Líquido ( ) Película ( ) Otra:</p> <p><b>Toxicidad y manejo especial de la(s) muestra(s):</b>          Temperatura de descomposición (°C) :</p> <p><b>Número de muestras:</b> _____  <i>NOTA: Las claves de las muestras que están escritas en la solicitud deben corresponder a las muestras entregadas</i>          Clave de muestra(s):</p>
<b>Observaciones</b>		

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