



Laboratorio de Difracción de Rayos X

Versión 2:16/jun/2022



C F A T A

Sistema de gestión de la Calidad

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

ESPECIFICACIONES

REQUISITOS DEL USUARIO Y DETALLE DE MUESTRAS

Entregable: Reporte técnico con descripción de la metodología, difractogramas experimentales, análisis de los mismos y resultados obtenidos.

Para ser llenado por el laboratorio

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)

Las muestras se encuentran en estado apropiado para la técnica solicitada	
La cantidad de muestra es adecuada	
Verificación de los requisitos del usuario	
El equipo se encuentra funcionando correctamente	
Condición de análisis y asignación de claves de muestras de acuerdo con bitácora	

Liberación del producto

Se cumplieron los requisitos del usuario: Sí () No () , producto No Conforme 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