



SOLICITUD DE SERVICIOS ANALÍTICOS Y ENTREGA DE RESULTADOS



Laboratorio de Espectroscopia Óptica - Espectroscopia infrarroja



C F A T A

Sistema de gestión de la Calidad

1a. versión: 18/jun/2004

Versión 16: 16/jun/2022

Usuario:		Folio
Asesor:		Fecha:
Proyecto registrado:		día mes año
Título del trabajo o Tesis:		Tel:
e-mail:		
Servicio para apoyo a la investigación: Proyecto de Investigación () Posdoctorado () Estancia () Colaboración () Institución: Servicios de apoyo a la docencia: Doctorado () Maestría () Licenciatura () Técnico () Institución: Firma del asesor:		
Con cargo a Presupuesto: CFATA: Ing. Molecular Materiales () Nanotecnología () CGEO () INB () Otro: PAPIIT No. PAPIIME No. Ingresos Extraordinarios PIX () CONACYT () No. de proyecto	Firma Jefe de Departamento o Responsable del Proyecto	
<p align="center">Especificaciones</p> Este servicio realiza análisis cualitativo en la región del infrarrojo mediano y cercano. Técnicas MIR: Reflectancia Difusa () ATR () TR () Técnicas NIR: Reflectancia Difusa () TR () Cantidad de muestra: líquidos 1.0 ml, polvos 1g, RD 0.5 - 0.03 mg con el tamaño de grano de aprox. 0.5 micras, que se pueda moler fácilmente; para ATR se requiere un área mínima de 5 mm de diámetro Requisitos del usuario: Resultados en formato electrónico Entregables: Resultados electrónicos Requisitos adicionales: Favor de recoger sus muestras después del análisis, sólo se resguardarán por 1 mes.	<p align="center">Características de la(s) muestra(s)</p> Material: Orgánico () inorgánico () Presentación de la muestra: Polvo () sólido que se pueda moler () Líquido () Película () Otra: Toxicidad y manejo especial de la(s) muestra(s): Importante: Especificar solvente(s) para remover las muestras del cristal de diamante del ATR Número de muestras: _____ <i>NOTA: Las claves de las muestras que están escritas en la solicitud deben corresponder a las muestras entregadas</i> Clave de muestra(s):	
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 ()	La relación señal-ruido es adecuada: Si () No ()
La cantidad de muestra es adecuada: Si () No ()	El intervalo de medición fue el solicitado: Si () No ()
Se analizaron todas las muestras: Si () No ()	El número de barridos es adecuado: Si () No ()
Se cumplió el tiempo estimado: Si () No ()	Los requisitos del usuario han sido satisfechos Si () No ()

Liberación del Producto (para uso interno)

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

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"/>				
	<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 ()	Fecha:
Nombre y Firma:	

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