



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: 18/jun/2004

Versión 9: 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 style="text-align: center;"><b>Especificaciones</b></p> Espectroscopia Raman con microscopio Laser: 785 nm; Intervalo de medición: 50-3300 cm <sup>-1</sup>  Se requiere estar presente en el momento del análisis: Sí ( ) No ( ) Datos de la cita: Fecha: _____ Hora: _____ <i>Tiempo de tolerancia para la cita 10 minutos</i>  <b>Requisitos del usuario:</b> Resultados : electrónico ( ) Fotos ( ) Usuario interno se entregará únicamente el espectro(s) de la(s) muestra(s)  <b>Entregables:</b> Resultados electrónicos <b>Requisitos adicionales:</b>  Favor de recoger sus muestras después del análisis, sólo se resguardarán por 1 mes.		
<p style="text-align: center;"><b>Características de la(s) muestra(s)</b></p> Material: Orgánico ( ) inorgánico ( ) Presentación de la muestra: Polvo ( ) sólido que se pueda moler ( ) Líquido ( ) Película ( ) Otra:  <b>Toxicidad y manejo especial de la(s) muestra(s):</b> Temperatura de descomposición (°C) :  <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):		
<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:  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"/>	<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"/>
	<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 ( )	
Nombre y Firma: _____	Fecha: _____

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