



### SOLICITUD DE SERVICIO

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE:**

NOMBRE DEL PROPIETARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Calle

Número

Colonia

Ciudad

TEL. / CEL: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**CONDICIONES DEL CONTRATO:**

- I.- LA SOLICITUD DE SERVICIO DE LABORATORIO SE REFIERE EXCLUSIVAMENTE A LAS MUESTRAS RECIBIDAS,
- II.-EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA NO INTERVIENE EN EL PLAN DE MUESTREO SOLO REALIZA TOMA DE MUESTRA A SOLICITUD DEL CLIENTE, POR LO QUE NO ES RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, NI DE LA REPRESENTATIVIDAD DE LA MUESTRA.
- III.- EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA LE OTORGA AL CLIENTE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO QUE SE PRECISAN EN EL REVERSO DE LA PRESENTE SOLICITUD.
- IV.- EL CLIENTE PAGARÁ AL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA POR CONCEPTO DE SERVICIO DE LABORATORIO, EL IMPORTE QUE RESULTE POR EL NÚMERO Y CANTIDAD DE SERVICIOS DE ACUERDO A LOS ARANCELES ESTABLECIDOS Y ACORDADOS CON EL CLIENTE.
- V.- EL CLIENTE DEBERÁ INGRESAR LAS MUESTRAS AL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA UTILIZANDO PARA ELLO ÚNICAMENTE EL PRESENTE DOCUMENTO.
- VI.- EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA SE COMPROMETE A ENTREGAR AL CLIENTE LA FACTURA AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL PAGO ESTABLECIDO, DEBIENDO REUNIR DICHO DOCUMENTO, LOS REQUISITOS FISCALES DE LEY.

NOMBRE Y FIRMA DEL CLIENTE QUIEN ENTREGA LAS MUESTRAS	FIRMA DEL PERSONAL DEL LESP QUIEN RECIBE LAS MUESTRAS
--	--

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RECIBO DE PAGO
NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL:
RFC:
CORREO ELECTRÓNICO:
FOLIO DE FACTURA:



### INFORMACIÓN DE LA TOMA DE MUESTRA

FECHA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Año Mes Día

HORA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE MUESTREO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Año Mes Día

HORA DE MUESTREO: \_\_\_\_\_

TOMA DE MUESTRA REALIZADA POR: \_\_\_\_\_ CLIENTE \_\_\_\_\_ L.E.S.P.

CAUSA: \_\_\_\_\_ CONTROL DE CALIDAD \_\_\_\_\_ HIELO TEMPERATURA DE TRANSPORTE: \_\_\_\_\_ °C  
\_\_\_\_\_ VERIFICACIÓN SANITARIA \_\_\_\_\_ REFRIGERANTE PROCEDENCIA DE LA MUESTRA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ EMERGENCIA SANITARIA \_\_\_\_\_ AMBIENTE \_\_\_\_\_

CLIENTE	MODALIDAD	PROGRAMA O PROYECTO	
<input type="checkbox"/> COESPRISSON	<input type="checkbox"/> FASSC	<input type="checkbox"/> Calidad microbiológica de alimentos	<input type="checkbox"/> Programa salud en tu escuela
<input type="checkbox"/> CEC (Carne)	<input type="checkbox"/> Contingencia	<input type="checkbox"/> Productos de la pesca	<input type="checkbox"/> PMSMB
<input type="checkbox"/> CEL (Leche)	<input type="checkbox"/> Convenio	<input type="checkbox"/> Agua de calidad bacteriológica	<input type="checkbox"/> Playa limpia
<input type="checkbox"/> LESP	<input type="checkbox"/> Pago Cliente	<input type="checkbox"/> Agua de calidad fisicoquímica	<input type="checkbox"/> Programa de Sal
<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Exento de Pago	<input type="checkbox"/> Estrategia de bebederos	<input type="checkbox"/> Plaguicidas e Hidrocarburos
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Otro _____

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA E INFORMACIÓN DEL MUESTREO	No. DE ACTA	CLAVE LESP	ESTUDIOS SOLICITADOS

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ÁREA EXCLUSIVA PARA EL LABORATORIO CORRESPONDIENTE EN LA RECEPCIÓN DE LA MUESTRA			
LABORATORIO	FECHA	HORA	INICIALES DEL ANALISTA
MICROBIOLOGÍA			
FISICOQUÍMICOS			
TOXICOLOGÍA			
OTROS			

EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA SE COMPROMETE A PRESTAR SUS SERVICIOS DE LABORATORIO SOLICITADOS POR EL CLIENTE DE ACUERDO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL ANVERSO.



## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO F-007-RM

### PÁGINA 1 DE 2: SOLICITUD DE SERVICIO ANVERSO DEL FORMATO

#### CONCEPTO

Fecha de recepción:  
Hora de recepción:  
Nombre del propietario:  
  
Nombre del establecimiento:  
Dirección:  
Tel / Cel:  
Correo electrónico:  
Nombre y firma del cliente  
  
Firma del personal  
Observaciones:  
  
Nombre o razón social  
RFC  
Correo electrónico:  
Folio de factura:

#### DATO A REGISTRAR

Año, mes y día.  
Hora de la solicitud del servicio en formato de 24 Horas.  
Persona física o moral que solicite el servicio o si cuenta con contrato de prestación de servicio con el laboratorio.  
Nombre, razón social o denominación del establecimiento.  
Calle, número, colonia y ciudad del establecimiento.  
Número telefónico o celular de la empresa o persona física.  
Correo electrónico de la empresa o persona física.  
Nombre completo y firma de la persona por parte del cliente que entrega la muestra en el área de recepción del LESP.  
Firma del personal que recibe la muestra en RM.  
Cualquier información relevante que se tenga que manifestar referente al cliente y la orden de pago.  
Nombre y/o razón social del establecimiento.  
Registro Federal de Contribuyente del cliente.  
Señalar correo para envío de factura electrónica.  
Folio asignado en la factura de pago.

### PÁGINA 2 DE 2: INFORMACIÓN DE LA TOMA DE MUESTRA REVERSO DEL FORMATO

#### CONCEPTO

Fecha de recepción:  
Hora de recepción:  
Fecha de muestreo:  
Hora de toma:  
  
Toma de muestra realizado por:  
Causa:  
  
Temperatura de transporte:  
  
Procedencia de la muestra

#### DATO A REGISTRAR

Año, mes y día.  
Hora de la solicitud del servicio en formato de 24 horas.  
Año, mes y día en que se realiza la toma de la muestra.  
Hora en que inicia la toma de la muestra en formato de 24 horas.  
Señalar quien realiza la toma de muestra: el cliente o LESP.  
Señalar la causa de la toma de muestra: Verificación sanitaria, Control de calidad o por Emergencia sanitaria.  
Registrar la temperatura de la muestra al recibirla en grados centígrados, indicando la forma de transportación de las muestras: en Hielo, con Refrigerante (gel ice) o a temperatura ambiente.  
Indicar el municipio o localidad del punto de muestreo.



**Cliente** Marcar con X la selección del cliente.  
**Modalidad** Marcar con X la selección de la modalidad del ingreso.  
**Programa o Proyecto** Marcar con X la selección del programa o proyecto al que pertenece el ingreso de la muestra.  
**Descripción de la muestra** Características de la muestra especificando la cantidad, temperatura, hora de muestreo, número de lote, fechas de caducidad y elaboración, así como cualquier otra información específica de la muestra.  
**No. de acta:** Número oficial del documento que se utiliza para realizar el muestreo.  
**Claves del L.E.S.P:** Número consecutivo anual de la identificación de la muestra recibida por el laboratorio.  
**Estudios solicitados:** Especificar claramente los nombres de los estudios a realizar.  
**Observaciones:** Cualquier información relevante que se tenga que manifestar referente a la recepción de las muestras y punto de muestreo.  
**Área exclusiva del laboratorio** Fecha, hora e iniciales del analista al recibir la muestra en el laboratorio.

### IDENTIFICACIÓN DE CAMBIOS

REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
05	22-09-29	Se modifica el texto de la dirección, se agregan los datos: celular y correo electrónico.