|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Uso exclusivo del Instituto de Salud Pública* | | | | | | | | Nº Solicitud: | |  | |
| N° Cotización: | |  | |
| Fecha de ingreso: | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **DATOS DEL CLIENTE** | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | RUT: |  | | | Dirección: |  | | |
| Región: |  | | | Comuna: |  | | | Ciudad: |  | | |
| Correo: |  | | | Teléfono: |  | | |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **DATOS DEL RESPONSABLE DE TRAER EL INSTRUMENTO** | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | Correo: |  | | | Teléfono: |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **DATOS DEL INSTRUMENTO A CALIBRAR** | | | | | | | | | | | |
| Marca: |  | | | Modelo: |  | | | N° Serie: |  | | |
| Rango: |  | | |  |  | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿El instrumento se calibra por primera vez en este Laboratorio? | | | | | Seleccionar | *Si responde “Sí”, debe adjuntar documento que acredite pertenencia* | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **SELECCIÓN DE PUNTOS A CALIBRAR** | | | | | | | | | | | |
| *Indicar hasta 10 velocidades según catálogo de valores adjunto, los cuales están en m/s. En caso de no indicarlos, se tomarán los siguientes puntos, en m/s:* ***0,2-0,5-1,0-2,0-3,0-5,0-7,0-10-15-25***.  Si requiere los resultados en otro sistema de unidades de velocidad, indicar en la casilla correspondiente. | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Punto 1 | Punto 2 | Punto 3 | Punto 4 | Punto 5 | Punto 6 | Punto 7 | Punto 8 | Punto 9 | Punto 10 |  |
|  | Seleccione | Seleccione | Seleccione | Seleccione | Seleccione | Seleccione | Seleccione | Seleccione | Seleccione | Seleccione |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Requiere los resultados en otro sistema de unidades? | | | | | Seleccionar |  | Si responde “Sí”, indique unidades | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El cliente toma conocimiento y acepta las condiciones indicadas a continuación: | | | | | |  | *Debe marcar este campo, de lo contrario no se acepta la solicitud.* | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INFORMACIÓN AL CLIENTE**

1. El llenado de este formulario debe ser digitalmente y nunca de forma manuscrita. Solo debe rellenar la información que se solicita y no alterar ningún otro campo del documento; de lo contrario, no se aceptará la solicitud.
2. En el campo ***¿El instrumento se calibra por primera vez en este Laboratorio?*** si su respuesta fue “Sí”, el cliente debe adjuntar con la solicitud una boleta, factura o algún documento (como una declaración jurada) que acredite la pertenencia del instrumento, en formato PDF. Si no se adjunta este documento, no se aceptará la solicitud.
3. Se sugiere adjuntar fotografías del instrumento que muestren sus componentes, las cuales debe recopilarlas en un solo archivo PDF, de preferencia 1 por hoja. En cualquier caso, el Laboratorio podría pedirle fotografías si se estima conveniente.
4. Seleccione los puntos que desee calibrar del catálogo disponible en el formulario. Si selecciona menos de 10, solo se consideraran esos valores. En caso que no indique valores, se calibrarán los 10 valores mostrados en el formulario.
5. Una vez que esté completo, enviar al correo [ventilacion@ispch.cl](mailto:ventilacion@ispch.cl) en el mismo formato de origen. Recibida y revisada la solicitud, nos comunicaremos con Ud. para coordinar fecha y hora para la entrega del instrumento. En adición, se procederá a comunicarse con Sección Gestión de Productos del ISP para generar la cotización del pago de la prestación.
6. El pago de la prestación debe efectuarse una vez reciba el correo de coordinación de parte de este Laboratorio. Esto será guiado por el encargado de la Sección Gestión de Productos. Es importante recalcar que la prestación debe estar pagada antes de la fecha de la inspección presencial, ya que de otra forma no podrá ser ingresado al Laboratorio.
7. Al presentar el instrumento en nuestras dependencias del laboratorio, ubicado en el quinto piso del edificio Salud Ocupacional, verificaremos que se cumpla con:



* Estén todos los componentes para su funcionamiento (cables, sensor, entre otros). Esto incluye las pilas (nuevas) o sistema de carga que utilice.
* Integridad y condiciones de limpieza perfectas.
* Pantalla de lectura en condiciones que permitan visualizarla sin ninguna dificultad.
* El sensor del instrumento debe encontrarse en buenas condiciones.
* El instrumento debe encenderse de forma correcta.
* Documento que acredita pertenencia en caso que sea primera vez que se calibre el instrumento en este Laboratorio.
* Comprobante de pago.

1. El horario de recepción de instrumentos en el laboratorio de calibración de termoanemómetros es de lunes a viernes de 09:00 a 12:30 horas, lo cual se coordina con el solicitante una vez que el pago haya sido efectuado (comprobante de pago).

Dudas o consultas técnicas, dirigirse a [ventilación@ispch.cl](mailto:ventilación@ispch.cl).