

HOJA DE SERVICIO TÉCNICO

FOLIO No.

FECHA

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del Hospital:					
Domicilio:			cp.:		
Ciudad:		Estado:		R.F.C.:	
Email:			Teléfono:		

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO

Tipo de servicio:	Mantenimiento Preventivo		Mantenimiento Correctivo		
Equipo:				Modelo:	
Marca:				Área:	
Ubicación:				N. de serie:	
Descripción breve del fallo reportado:				N. de inventario:	

REPORTE DE REFACCIONES UTILIZADAS

Código	Descripción	Cantidad

REPORTE DE SERVICIO

Descripción del Trabajo realizado:

NOTA IMPORTANTE

FIRMAS

NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DEL SERVICIO

NOMBRE Y FIRMA

USUARIO RESPONSABLE DEL EQUIPO

NOMBRE Y FIRMA

COORDINACIÓN DE INGENIERÍA CLÍNICA Y BIOMÉDICA

NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE ADMINISTRATIVO



www.inmedicen.com