

Cliente: _____	Usuario: _____	Fecha: _____
Dirección: _____		SID (GE): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ubicación: _____		
Marca: _____	Modelo: _____	Capacidad: _____
No. de Serie: _____		
Horas UPS: _____	Horas Inv.: _____	UPS (VSW): _____
Display (VSW): _____		
Tipo de servicio: _____		

PARÁMETROS DE ENTRADA Y SALIDA:

■ Capacitativa		■ Si		■ No		Tipo de carga:		■ Inductiva		■ Capacitiva		■ Resistiva		■ Lineal	
Accesorios RPA:		■ Si		■ No		Tablero SNMP:		■ Si		■ No		No. de Sobrecargas:		■ En Contacto Duplex	
Medición de Voltaje en:		■ Si		■ No		Interruptor		■ Si		■ No		El equipo UPS es:		■ UPS	
														■ En Transformadores	
														■ Monolítico	
														■ Modular	
														■ SI	
Interruptor de Entrada:		■ Si		■ No		■ N/A		Capacidad:				Observaciones:			
Interruptor de Salida:		■ Si		■ No		■ N/A		Capacidad:				Observaciones:			
Parámetros de Entrada:															
L1-L2:				L1-L3:				Parámetros de Salida:				■ Inversor Encendido		■ En Bypass	
L1-N:				L2-N:				L1-L2:				L1-L3:		■ UPS apagado	
N-T Física:				Frecuencia:		Hz.		L1-N:				L2-N:		L3-N:	
Temperatura del Sistema UPS en electrónica:								N-T Física:				Frecuencia:		Hz.	
Descarga de eventos antes de empezar el mantenimiento:															
								Corriente:		■ SI		■ No		■ N/A	
								L1:				L2:		A	
								% de Carga:		L1:		% L2:		% L3:	

OPERACIÓN DEL SISTEMA UPS, STS ,ATS:

Estado Inicial:	<input type="checkbox"/> Apagado	<input type="checkbox"/> En Baypass	<input type="checkbox"/> Inversor Encendido	<input type="checkbox"/> Otro	¿Cuántos módulos tiene: _____
El Modo del UPS se realiza:	<input type="checkbox"/> Apagado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> En Baypass	<input type="checkbox"/> Inversor Encendido	No. de Serie del Módulo: _____
Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Equipo Dañado		No. de Serie del Módulo: _____
Antes de Apagar el Sistema:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Equipo Dañado		No. de Serie del Módulo: _____
Revisión de la etapa de Inversor:	<input type="checkbox"/> Funcionando Correctamente	<input type="checkbox"/> Presente Daño			No. de Serie del Módulo: _____
Rectificador:	<input type="checkbox"/> Funcionando Correctamente	<input type="checkbox"/> Presente Daño			No. de Serie del Módulo: _____
Cargador:	<input type="checkbox"/> Funcionando Correctamente	<input type="checkbox"/> Presente Daño			No. de Serie del Módulo: _____
Banco de Baterías:	<input type="checkbox"/> Funcionando Correctamente	<input type="checkbox"/> Presente Daño			No. de Serie del Módulo: _____
Otra Etapa	<input type="checkbox"/> Funcionando Correctamente	<input type="checkbox"/> Presente Daño			No. de Serie del Módulo: _____
Otra Etapa	<input type="checkbox"/> Funcionando Correctamente	<input type="checkbox"/> Presente Daño			No. de Serie del Módulo: _____

CONDICIONES OPERACIONALES DE VENTILADORES Y CAPACITORES:

El sistema UPS tiene el Horario correcto en pantalla: ☐ Si ☐ No ☐ N/A Observaciones: _____

Funcionamiento de Ventiladores:

Giran libremente: ☐ Si ☐ No

Tiene ruido de rozamiento: ☐ Si ☐ No

Sustitución de Ventiladores ☐ Símporo ☐ Nooperación:

Sustitución de Ventiladores ☐ Sípor otro ☐ No ☐ N/A

Qué daño Presenta: _____

No. de Pzas.: _____

Condiciones de Capacitores AC y DC:

Estado físico de los capacitores: ☐ En buen estado ☐ Presenta daño

Requiere cambio de capacitores x tiempo de operación: ☐ No

Sustitución de Capacitores por otro daño: ☐ Si ☐ No ☐ N/A

Qué daño Presenta: _____

No. de Pzas.: _____

No. de Pzas.: _____

Observaciones: _____

LIMPIEZA AL UPS, STS, ATS:

No. de Pzas.: _____			
Limpieza interna en el UPS, STS, ATS:			
Sección de Rectificador:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué no se realizó? _____
Sección de Inversor:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué no se realizó? _____
Sección de Filtro:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué no se realizó? _____
PERSONAL QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD DE LAS			EXCLUSIVO LLENADO DEL CLIENTE
NOMBRE: _____	Se entra sección:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
DURANTE: la limpieza se detectó _____	¿Por qué no se realizó? _____	FECHA: _____	HORA: _____
Humedad:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	MÓVIL: _____
Rastros de que existió líquidos:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	CORREO: _____
Rastros de roedores o plagas:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	NOMBRE: _____
Cables roídos:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	FECHA: _____
Observaciones: _____			