

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

PARÁMETROS DE ENTRADA Y SALIDA:

Medición de Voltaje en:			
Interruptor de Entrada:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Capacidad:			
Observaciones:			
Interruptor de Salida:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Capacidad:			
Parámetros de Entrada:			
L1-L2:	L1-L3:	Parámetros de Salida:	
L1-N:	L2-N:	<input type="checkbox"/> Inversor Encendido	<input type="checkbox"/> En Bypass
N-T Física:	Frecuencia:	L1-L2:	L1-L3:
Temperatura del Sistema UPS en electrónica:	Hz.	L1-N:	L2-N:
N-T Física:	Frecuencia:	L3-N:	L3-N:

OPERACIÓN DEL SISTEMA UPS, STS, ATS:

Estado Inicial:	<input type="checkbox"/> Apagado	<input type="checkbox"/> En Baypass	<input type="checkbox"/> Inversor Encendido	Otro 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 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 del Módulo:
Rectificador:		<input type="checkbox"/> Funcionando Correctamente		No. de Serie del Módulo
Cargador:		<input type="checkbox"/> Funcionando Correctamente		No. de Serie del Módulo
Banco de Baterías:		<input type="checkbox"/> Funcionando Correctamente		No. de Serie del Módulo
Otra Etapa		<input type="checkbox"/> Funcionando Correctamente		No. de Serie del Módulo
Otra Etapa		<input type="checkbox"/> Funcionando Correctamente		No. de Serie del Módulo

CONDICIONES OPERACIONALES DE VENTILADORES Y CAPACITORES:

El sistema UPS tiene el Horario correcto en pantalla:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Gabinete de Transformadores Observaciones:
Funcionamiento de Ventiladores:				Condiciones de Capacitores AC y DC:
Giran libremente:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Estado físico de los capacitores: <input type="checkbox"/> En buen estado <input type="checkbox"/> Presenta daño	
Tiene ruido de rozamiento:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Requiere cambio de capacitores x tiempo de operación: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Sustitución de Ventiladores:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Sustitución de Capacitores por otro daño: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
Sustitución de Ventiladores:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> N/A	Qué daño Presenta:
Qué daño Presenta:				No. de Pzas.:
No. de Pzas.:				No. de Pzas.:

LIMPIEZA AL UPS, STS, ATS:

No. de Pzas.:				Observaciones:
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 Control de la Red:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué no se realizó?	
PERSONAL QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD DE LIMPIEZA:				EXCLUSIVO LLENADO DEL CLIENTE
NOMBRE:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué no se realizó?	FECHA: _____
OTRA SECCIÓN:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué no se realizó?	HORA: _____
PUESTO:				MÓVIL: _____
DUROQUE la limpieza se detectó:				CORREO: _____
Humedad:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cualquiera de los puntos anteriores mencionados, en qué etapa del UPS se encontró:	_____
Rastros de que existió líquidos:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
Rastros de roedores o plagas:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
Cables roídos:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		