

Cliente:	Usuario:	Fecha:
Dirección:		SID (GE):
Ubicación:		
Marca:	Modelo:	Capacidad:
Horas UPS:	Horas Inv.:	UPS (VSW):
		Display (VSW):

PARÁMETROS DE ENTRADA Y SALIDA:

Medición de Voltaje en:			
Interruptor de Entrada:	Si / No:	Capacidad:	Observaciones:
Interruptor de Salida:	Si / No:	Capacidad:	Observaciones:
Parámetros de Entrada:			
L1-L2:	L1-L3:	Parámetros de Salida:	
L1-N:	L2-N:	L1-L2:	L1-L3:
N-T Física:	Frecuencia:	L1-N:	L2-N:
Temp. UPS:	°C	N-T Física:	Frecuencia:
Descarga eventos:		Corriente L1:	A
		% Carga L1:	%

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
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:

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

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 Control de la Actividad de los	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué no se realizó?
PERSONAL QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD DE LOS			
Nombre otra sección:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué no se realizó?
PUESTO			
Donde la limpieza se detectó			
Humedad:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cualquiera de los puntos 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	Observaciones:
Cables roídos:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

EXCLUSIVO LLENADO DEL CLIENTE

FECHA:	HORA:
MÓVIL:	CORREO:
NOMBRE:	FECHA: