
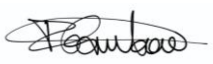
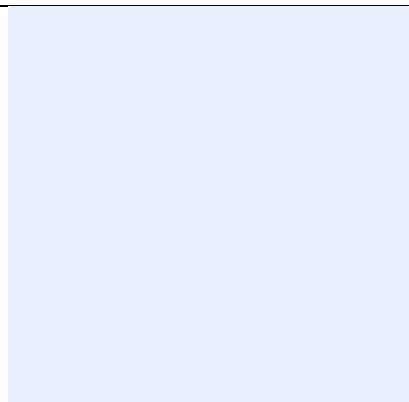


F-07-03-01/ Rev. 00

## ORDEN DE SERVICIO TÉCNICO ANDOVER

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE			
Cliente	CLINICA IQUIQUE S.A		
Dirección	LIBERTADOR BERNARDO O´HIGGINS N° 103, PISO 4, IQUIQUE		
Contacto			
Correo			
IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPAMIENTO			
Equipo	Ventilador Mecanico		
Marca	Philips Respironics		
Modelo	Trilogy EV300 - EVO		
Serie	H299126327EA3		
IDENTIFICACIÓN DE SISTEMA			
OT - ACT	125018-304193	H Hombre	1 Hora
Cobertura	Contrato	H inicio	
Tipo de asistencia	Reparacion en terreno	H termino	
Fecha	31-07-2024	O.C(Opcional)	
IDENTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN			
Ingeniero	Ignacio Gamboa		
FALLA REPORTADA POR CLIENTE			
Otros			
Otros			
DETECCIÓN DE PROBLEMÁTICA			
FALLA IDENTIFICADA	CAUSA	SOLUCION	
Otros	Otros	Otros	
Otros:	Otros:	Otros:	
OBSERVACION GENERAL			
Se realiza cambio de celda de oxígeno, se realiza calibración de celda, se realiza calibración del equipo. Este se encuentra operativo y disponible.			

F-07-03-01/ Rev. 00

REGISTRO FOTOGRAFICO SI REQUIERE			
NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO			
ESTADO DEL EQUIPO		SI	NO
Equipo se encuentra operativo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REPUESTO A INSTALAR			
NUMERO DE PARTE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	LOTE/SERIE
1134668	FiO2 Sensor Assembly	1	169219
INSTRUMENTOS UTILIZADOS			
		<input type="checkbox"/> No requiere <input type="checkbox"/> No requiere	
			
Ignacio Gamboa INGENIERO SERVICIO TECNICO ANDOVER		Firma Supervisor o personal de EEMM Nombre de Supervisor o personal EEMM Institución	