
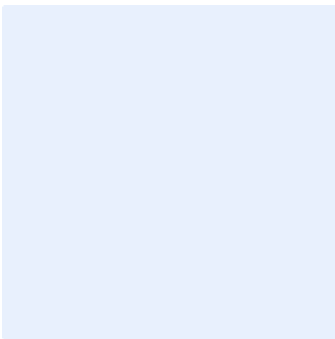

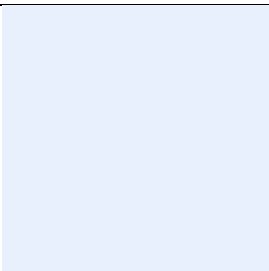


F-07-03-01/ Rev. 00

ORDEN DE SERVICIO TÉCNICO ANDOVER

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE			
Cliente	Hospital de Santa Cruz		
Dirección	Av. F. Herrazuriz n° 921, Santa Cruz		
Contacto			
Correo			
IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPAMIENTO			
Equipo	Ventilador Mecanico		
Marca	Philips Respironics		
Modelo	Trilogy 100		
Serie	TV120092328		
IDENTIFICACIÓN DE SISTEMA			
OT - ACT	121765	H Hombre	2 Horas
Cobertura	Contrato	H inicio	08:30
Tipo de asistencia	FCO	H termino	10:30
Fecha	01-04-2024	O.C(Opcional)	
IDENTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN			
Ingeniero	Ignacio Gamboa		
FALLA REPORTADA POR CLIENTE			
Otros			
Otros			
DETECCIÓN DE PROBLEMÁTICA			
FALLA IDENTIFICADA	CAUSA	SOLUCION	
Disco duro con falla	Problema en tarjetas electronicas	Reemplazo de repuesto	
Otros:	Otros:	Otros:	
OBSERVACION GENERAL			
<p>Equipo ingresa a laboratorio para realización de procedimiento de FCO, se realiza inspección visual sin encontrar anomalías en su estructura, se realiza prueba funcional del equipo sin presentar mal funcionamientos. Se obtiene registros del equipo sin presentar alarmas de servicio. Se obtiene los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas de trabajo: 5608,8 • Horas de funcionamiento turbina: 5608,8 • Versión del software: 14.2.05 <p>Se aplica correspondiente FCO cambiando piezas involucradas y realizando pruebas correspondientes, donde no se presentan fallas del equipo quedando esté disponible.</p>			

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="radio"/>	<input type="radio"/>
REPUESTO A SOLICITAR			
NUMERO DE PARTE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	LOTE/SERIE
1154978	RP- TRILOGY INLET AIR PATH/R	1	230912
1153125	RP- MR SYMBOL INTL	1	N/A
1029330	RP POLLEN FILTERS	1	230822
1152323	UNO TRILOGY ADDENDUM, ML	1	N/A
INSTRUMENTOS UTILIZADOS			
<div>No requiere</div> <div>No requiere</div>			
			
Ignacio Gamboa INGENIERO SERVICIO TECNICO ANDOVER		Firma Supervisor o personal de EEMM Nombre de Supervisor o personal EEMM Institución	