

F-07-03-01/ Rev. 00

ORDEN DE SERVICIO TÉCNICO ANDOVER

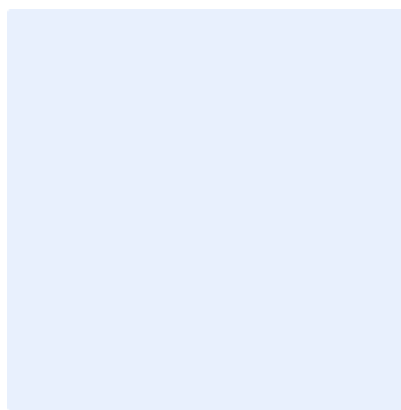
IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE			
Cliente	HOSPITAL CLINICO METROPOLITANO DE LA FLORIDA DRA ELOISA DIAZ		
Dirección	FROILAN ROA N° 6542, LA FLORIDA		
Contacto	MARIA JOSE ARAUS		
Correo			
IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPAMIENTO			
Equipo	Ventilador Mecanico		
Marca	Philips Respironics		
Modelo	Trilogy 202		
Serie	TV019111109		
IDENTIFICACIÓN DE SISTEMA			
OT - ACT	125029-299813	H Hombre	4 Horas
Cobertura	Contrato	H inicio	10:00
Tipo de asistencia	Diagnostico en laboratorio	H termino	15:00
Fecha	10-06-2024	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			
<p>Equipo ingresa a laboratorio, equipo cuenta con cable de alimentación y tarjeta de memoria. Se realiza inspección visual sin encontrar desperfectos en su estructura. Se realiza prueba funcional donde dispositivo arroja alarma de funcionamiento. Se Identifica como error 344. Previo a realización de pruebas se realiza inspección interna del equipo donde se realiza limpieza de contactos del equipo y se aplica aire para limpieza interna.</p> <p>Equipo cuenta con 11176,4/30000 horas de funcionamiento de turbina, mientras que de funcionamiento como equipo cuenta con 11176,4 horas. Su batería interna cuenta con un 93% de salud y con 7/450 ciclos de carga, mientras que su batería externa cuenta con un 87% de salud y 16/500 ciclos de carga.</p>			

F-07-03-01/ Rev. 00

Se realiza calibración del equipo y su OBM resultando satisfactoria, equipo se encuentra operativo y disponible.

REGISTRO FOTOGRAFICO SI REQUIERE

NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO



ESTADO DEL EQUIPO

Equipo se encuentra operativo

SI



NO



REPUESTO A INSTALAR

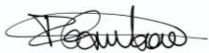
NUMERO DE PARTE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	LOTE/SERIE

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

No requiere

No requiere

F-07-03-01/ Rev. 00

	
Ignacio Gamboa INGENIERO SERVICIO TECNICO ANDOVER	Firma Supervisor o personal de EEMM Nombre de Supervisor o personal EEMM Institución