

Inolab Especialistas de Servicio S.A. de C.V. Aniceto Ortega no. 1341 Col. del Valle C.P. 03100 Alcaldía Benito Juárez Ciudad de México Tel. 55 5524 2429 con 5 líneas

FOLIO

31825











REPORTE DE SERVICIO (FSR)







| LIENTE / EMPRESA: | Tecnofarma SA | de CV | TELS. EXT. Y I | FAX. (427)2727718 | EQL | EQUIPO: Cabina de Bioseguridad | | |
|---------------------------------|-------------------|---|-------------------------------|--|---------|--------------------------------|---------------------------|--|
| EPARTAMENTO: Mic | robiología | | DIRECCIÓN: C | DIRECCIÓN: Oriente 10 #8 Nuevo parque industrial , C.P. 76809 MARCA: E | | | A: ESCO | |
| IOMBRE DEL RESPO | NSABLE: Ing.Ga | briel Morales | LOCALIDAD: S | LOCALIDAD: San Juan del Río, Querétaro MODELO: ACZ | | | C2-4S2 | |
| EPORTADO POR: Inç | g.Gabriel Morales | i | MAIL: Gabriel. | MAIL: Gabriel.Morales@bauschhealth.com NO SERIE: 2 | | | 2011-59736 | |
| | | | | | ID: N | MIC2-EQ-018 | | |
| SOLICITUD DE SERVICIO INICIO DI | | | INICIO DE SERVICIO | SERVICIO FIN DE SERVICIO | | | | |
| 8717 | | FECHA | HORA | FECHA | HORA | FALLA REPORTADA: | N/A | |
| | | 08/03/2023 | 8:00:00 | 08/03/2023 | 9:44:00 | | | |
| FECHA | HORAS SERVICIO | ACCIONES REALIZADAS FALLA ENCONTRADA | | | | | | |
| 09-03-2023 | 1 | Se realiza revisión de cabina de bioseguridad ESCO. | | | | | TIPO DE PROBLEMA | |
| | | Se realiza revisión de componentes electrónicos ya que equipo no responde a mandos. | | | | | Electrónico | |
| | | Se encuentra daño no visible en tarjeta de control de equipo. | | | | | | |
| 08-03-2023 | 1 | Es necesario reemplazo de tarjeta de control, así como fuente de alimentación. | | | | | TIPO DE SERVICIO | |
| | | | | | | | • Revisión | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | TIPO DE CONTRATO | |
| | | | | | | | Servicio Puntual | |
| TAL DE HRS. | 2 | | | | | | | |
| NÚMERO DE PARTE | | CANTIDAD DESCRIPCIÓN | | | | | FUNCIONANDO AL 100% | |
| | | | | | | | • No | |
| | | | | | | | | |
| OBSE | RVACIONES: | | | | | | | |
| s necesario reempla | zo de tarjeta con | rol y fuente de alimentad | ción, de esta manera se podra | á verificar que no exite algún daño adicion | al. | | | |
| PRÓXIMO SERVICIO / FECHA | | | | CLIENTE | | | REPRESENTANTE DE SERVICIO | |
| N/A | | | 08/03/2023 | José Abel García Sánchez | | gd. | 4 | |
| | | | | | | | Antonio Garcia Casas | |
| | | | FECHA | NOMBRE | FIRI | NAA | NOMBRE Y FIRMA | |