|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACION GENERAL** | | | | | | | | | | | | | |
| **FECHA:** | 16/06/2024 | | | | | **RESPONSABLE DEL SERVICIO TÉCNICO:** | | | | Sebastian Palomares Cabrera | | | |
| **EQUIPO:** | CAMA HOSPITALARIA | | | | |
| **MARCA:** | STRYKER | | | | | **SERIE:** | | | | 5080100019410001 | | | |
| **MODELO:** | SV2-BASIC | | | | | **UBICACIÓN:** | | | | Clinica GPP - HABITACION 24 | | | |
| 1. **TIPO DE MANTENIMIENTO** | | | | | | | | | | | | | |
| **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | | | X | |  | | | **SERVICIO POR GARANTÍA** | | | **SÍ** | | **NO** |
| **MANTENIMIENTO CORRECTIVO** | | |  | |  | |  |
| **PRUEBA ACEPTACION / VALIDACION** | | |  | | **INSTALACION** | | |  | | |
| 1. **FALLA O PROBLEMA REPORTADO** | | | | | | | | | | | | | |
| Ninguno | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **INFORME TECNICO** | | | | | | | | | | | | | |
| Se realiza una revisión de la cama hospitalaria modelo SV2-7500. Se verifica el correcto funcionamiento de las barandas, las cuales se desplazan adecuadamente.  Los controles derecho e izquierdo se encuentran operativos y funcionan correctamente.  Se comprueban los movimientos de subir y bajar, y se confirma que se realizan sin problemas.  Además, se revisan los movimientos de la cabecera y la parte inferior de la cama, encontrándose en perfecto estado.  Los pedales también están en óptimas condiciones y operan correctamente.  El sistema de movimiento de RCP funciona adecuadamente y las ruedas están en perfectas condiciones.  La cama está operativa. | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **OBSERVACIONES** | | | | 1. **REPUESTOS/ACCESORIOS INSTALADO ( ) A COTIZAR ( )** | | | | | | | | | | | |
| EQUIPO OPERATIVO | | | | **DESCRIPCION** | | | | | | | | **CANTIDAD** | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
| **RESPONSABLE DEL SERVICIO TECNICO** | | | | | | | **FUNCIONARIO QUE RECIBE** | | | | | | | |
| **FIRMA:** | | Diagrama  Descripción generada automáticamente | | | | | **FIRMA:** | |  | | | | | |
| **NOMBRE:** | | Sebastián Palomares Cabrera | | | | | **NOMBRE:** | | Jessica Montealegre | | | | | |
| **EMPRESA:** | | Ingeniero Biomédico | | | | | **CARGO** | | Coordinadora Ingeniería Biomédica | | | | | |