



**BIOMETRICAL**  
Seguridad y confianza por la vida

REPORTE DE  
SERVICIOS

206515

FECHA:

14 01 2020  
Carrera 27 No. 15-24 - Celular: 3177508140  
www.laboratoriobiometrical.com

NOMBRE INGENIERO O TÉCNICO:

EMPRESA:

SEDE:

NOMBRE DEL EQUIPO:

MARCA:

MODELO:

SERIE:

UBICACIÓN:

CÓDIGO:

INFRAESTRUCTURA: ☐

EQUIPO INDUSTRIAL: ☐

EQUIPO DE CÓMPUTO: ☐

EQUIPO BIOMÉDICO: ☐

OTRO: ☐

MANTENIMIENTO PREVENTIVO: ☐

MANTENIMIENTO CORRECTIVO: ☒

DIAGNÓSTICO: ☐

VERIFICACIÓN: ☐

INSTALACIÓN: ☐

PROBLEMA PRESENTADO:

#### ACTIVIDADES

	Bueno	Regular	Malo	N/A
Revisión aspecto físico del Equipo:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisión Condicional Ambientales:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
Limpieza Interna del Equipo:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
Limpieza Externa del Equipo:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
Pruebas de Funcionamiento:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
Lubricación Partes:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	

#### VERIFICACIÓN METROLÓGICA

Valor	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3	Promedio	Error

#### REPUESTOS UTILIZADOS

DETALLE	REFERENCIA	CANT

EL EQUIPO FUNCIONA CORRECTAMENTE SI ☒ NO ☐

OBSERVACIONES:

INGENIERO O TÉCNICO RESPONSABLE

FIRMA DE QUIEN RECIBE A SATISFACCIÓN

DOCUMENTO CONTROLADO, PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL SIN AUTORIZACIÓN. V.02