



BIOMETRICAL
Seguridad y Confianza por la Vida

REPORTE DE
SERVICIOS

Nº 29031

FECHA
Pasto 20 8 20
Carrera 27 No. 15-24 - Celular: 317 750 8140
www.laboratoriobiometrical.com

NOMBRE INGENIERO O TECNICO: Andres Mera

EMPRESA: Popemssanar IPS

SEDE: Fisioterapia Fatima

NOMBRE DEL EQUIPO: Masajeador

MARCA: Pipedream

MODELO: Neon luv Touch mini mite

SERIE: PD-115211

CODIGO: NO Registrado

UBICACIÓN: Consultorio 2

INFRAESTRUCTURA: ☐

EQUIPO INDUSTRIAL: ☐

EQUIPO DE COMPUTO: ☐

EQUIPO BIOMEDICO: ☒

OTRO: ☐

MANTENIMIENTO PREVENTIVO: ☒

MANTENIMIENTO CORRECTIVO: ☐

DIAGNOSTICO: ☐

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 Condiciones Ambientales:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza Interna del Equipo:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza Externa del Equipo:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pruebas de Funcionamiento:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lubricación Partes:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Revisión General del equipo
Revisión Carcasa, contactos pila, switch
Pruebas de funcionamiento
limpieza y desinfección General

VERIFICACIÓN METROLOGICA

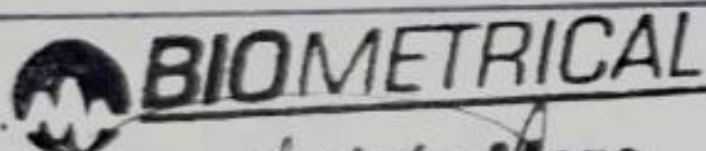
Valor	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3	Promedio	Error
1	1	1	1	1	1

REPUESTOS UTILIZADOS

DETALLE	REFERENCIA	CANT
1	1	1

OBSERVACIONES:

EQUIPO FUNCIONA CORRECTAMENTE: SI ☒ NO ☐



Ing. Andrés Mera
RH 201804-211

INGENIERO O TECNICO RESPONSABLE

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE A SATISFACCION

FIRMA DE QUIEN RECIBE A SATISFACCION