

**BIOMETRICAL**

Seguridad y Confianza por la Vida

**REPORTE DE
SERVICIOS**

N° 26923

FECHA

Cali

11 11 20

Carrera 27 No. 15-24 Cellular 317 750 8146
www.biometrical.com.co

NOMBRE INGENIERO O TECNICO Edison Romero

EMPRESA Cocomsana

SEDE Tequendama 44

NOMBRE DEL EQUIPO Unidad odontologica

MARCA

MODELO

SERIE

UBICACIÓN

EQUIPO 640631

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

Revisión general del equipo
Verificación del sistema electromecánico
Verificación de control e iluminación
Pruebas de funcionamiento

VERIFICACIÓN METROLOGICA

Valor	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3	Normal	Error

REPUESTOS UTILIZADOS

DETALLE	REFERENCIA	CANT
Tanque de reserva 1 litro	1 litro	1

OBSERVACIONES:EQUIPO FUNCIONA CORRECTAMENTE SI ☒ NO ☐

DOCUMENTO CONTROLADO PREVENIR SU REPRODUCCIÓN

Julio

Firma de quien recibe a satisfacción

INGENIERO O TECNICO RESPONSABLE

FIRMA DE QUIEN RECIBE A SATISFACCIÓN