

REGISTRO DE SERVICIO

CR N° 24377

FECHA: 8 / 10 / 21



BIOMETRICAL
Seguridad y confianza por la vida



SC-CER571237



CO-SC-CER571237

REPORTE DE MANTENIMIENTO

NOMBRE INGENIERO O TECNICO	Luisa de la Cruz
EMPRESA	COOEMSIANAR
SEDE	Hospital San José de Tuguever

INFORMACION DEL EQUIPO

NOMBRE DEL EQUIPO	Lámpara de calor
MARCA	Dison
MODELO	BN-100
UBICACION	Sala de partos
SERIE	1060703009
CÓDIGO	0409319

TIPO EQUIPO	Biomédico
-------------	-----------

TIPO DE SERVICIO:	<input type="checkbox"/> Preventivo <input type="checkbox"/> Instalación <input checked="" type="checkbox"/> Correctivo <input type="checkbox"/> Garantía <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Alistamiento <input type="checkbox"/> Otro
-------------------	--

TIPO FALLA

<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Operativa <input type="checkbox"/> Neumática	<input type="checkbox"/> Mal uso <input type="checkbox"/> Electrónica <input type="checkbox"/> Óptica	<input type="checkbox"/> Consumible <input type="checkbox"/> Software <input type="checkbox"/> Eléctrica	<input type="checkbox"/> Mecánica <input type="checkbox"/> Accesorio <input checked="" type="checkbox"/> Deterioro	<input type="checkbox"/> Hidráulica <input type="checkbox"/> Otra
--	---	--	--	--

PROBLEMA PRESENTADO:

ACTIVIDADES

<input checked="" type="checkbox"/> Prueba Funcional Inicial. <input type="checkbox"/> Revisión Aspecto Físico del Equipo. <input type="checkbox"/> Revisión Condiciones Ambientales. <input checked="" type="checkbox"/> Verificación Sistema Electrónico. <input type="checkbox"/> Verificación Sistema Hidráulico. <input type="checkbox"/> Verificación Sistema Neumático. <input type="checkbox"/> Verificación Sistema Mecánico. <input checked="" type="checkbox"/> Verificación Sistema Eléctrico.	<input type="checkbox"/> Verificación Sistema Óptico. <input type="checkbox"/> Verificación Sistema Electromecánico. <input type="checkbox"/> Verificación Sistema Vapor. <input type="checkbox"/> Verificación Sistema Operativo. <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza Interna del Equipo. <input type="checkbox"/> Limpieza Externa del Equipo. <input type="checkbox"/> Lubricación de partes. <input checked="" type="checkbox"/> Pruebas de Funcionamiento.	Rutina de Mantenimiento * Cambio de cableado * Cambio de resistencia * Limpieza de conectores * Prueba de funcionamiento.
---	---	--

VERIFICACIÓN METROLÓGICA

Valor Normal	Valor Medido

REPUESTOS UTILIZADOS

Detalle	Referencia	Cantidad
Cable 120°C		2
Resistencia	800 W	1

OBSERVACIONES

EL EQUIPO FUNCIONA CORRECTAMENTE: SI ☒ NO ☐

De la Cruz

INGENIERO O TÉCNICO RESPONSABLE

BIOMETRICAL
Seguridad y Confianza por la Vida
Ing. Luisa de la Cruz Meza
RH 201905 - 249

Valeria Ortega B.

FIRMA DE QUIEN RECIBE A SATISFACCIÓN

Carrera 27 No. 15-24 - ©: 317 7508140 - 312 6300035
biometrical.pasto@gmail.com
www.laboratoriobiometrical.com.co



BIOMETRICAL