



**BIOMETRICAL**

Seguridad y Confianza por la Vida

**REPORTE DE SERVICIOS**

Nº **23348**

FECHA

Ciudad **Pasto**

Día **18**

Mes **01**

Año **20**

Carrera 27 No. 15-24 - Celular: 317 750 8140  
www.laboratoriobiometrical.com

NOMBRE INGENIERO O TECNICO: **Nathalia Fuentès**

EMPRESA: **Cooperativa IPS**

SEDE: **Fátima**

NOMBRE DEL EQUIPO: **Masajeador Manual.**

MARCA: **Homedic**

MODELO: **PA-100A**

SERIE: **No registra**

CODIGO: **No registra**

UBICACIÓN: **Fisioterapia**

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"/>			
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"/>			

Revisión general del equipo  
Verificación de mango, motor, cable AC y  
Switch de encendido  
Revisión sistema eléctrico  
Pruebas de funcionamiento  
Limpieza y desinfección general

**VERIFICACIÓN METROLOGICA**

Valor	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3	Promedio	Error

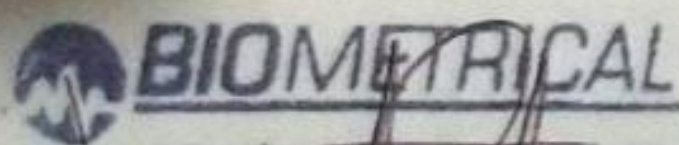
**REPUESTOS UTILIZADOS**

DETALLE	REFERENCIA	CANT

**OBSERVACIONES:**

EQUIPO FUNCIONA CORRECTAMENTE: SI ☒ NO ☐

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



Ing. **Nathalia Fuentès F.**

Celular: 317 750 8140

INGENIERO O TECNICO RESPONSABLE

*[Signature]*

FIRMA DE QUIEN RECIBE A SATISFACCION