



REPORTE DE SERVICIO

RS Nº 2226127413

Calle 47 No. 5 - 26 - Piso 2 PBX: 7568787 E-mail:directorlaboratorios@tecnicaelectromedica.com Bogota, D.C. - Colombia

| Nombre del Cliente: | E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | | |
|---------------------------|------------------------------------|-----------|----------------|
| Dirección: | AV DE LAS AMERICAS CR 35 | Ciudad: | DUITAMA |
| Reportado por: | YULY PUERTO | Cargo: | ENFERMERA JEFE |
| Solicitud de servicio No: | | Telefono: | |

| Tipo de Contrato: | ino de Servicio | | Fecha y Hora Inicio del Servicio: | 15/06/202211:47 |
|-------------------|-----------------|--|-----------------------------------|-----------------|
|-------------------|-----------------|--|-----------------------------------|-----------------|

| INFORMACION DEL EQUIPO | | | | |
|--------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--|
| Equipo: | ELECTROCARDIOGRAFO | Ubicación: | HOSPITALIZACION B1 | |
| Marca: | NIHON KOHDEN | Serie: | 00255 | |
| Modelo: | CARDIOFAX | Serie. | 00255 | |
| Horas de Funcionamiento: | | Placa TEM S.A No. | NA | |

OBSERVACIONES DEL CLIENTE

MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Imagen del servicio:





| DESCRIPCION DEL TRABAJO | | | | |
|---|-------|--|--|--|
| Cumple con el Proceso de Limpieza y Desinfección: | SI | | | |
| Cable ECG: | BUENO | | | |
| Impresora: | BUENO | | | |
| Bateria: | BUENO | | | |
| Estado funcional: | BUENO | | | |
| Pantalla: | BUENO | | | |
| FRECUENCIA PROGRAMADA: | 30 | | | |
| 60 BPM: | 60 | | | |
| 80 BPM: | 80 | | | |
| 120 BPM | 120 | | | |

OBSERVACIONES:

Se realiza pruebas de funcionamiento con simulador ecg se establecen frecuencias las cuales no arrojan error el equipo esta en correcto funcionamiento n n nFrecuencias nSimulador Electrocardiografo n30 30 n60 60 n120 120 n240 240 n nSe realiza limpieza general externa y accesorios

| ACCESORIOS Y REPUESTOS | | | | |
|--|-------|-------------|-------|--|
| NOMBRE | CANT. | DESCRIPCION | INST. | |
| | | | | |
| Servicio Concluido SI | | | SI | |
| El equipo se entrega funcionando dentro de las especificaciones exigidas por el fabricante | | | SI | |

| El equipo requiere ser retirado fuera de la institución para ser evaluados en nuestros laboratorios NO Requiere cotización NO | | | | | | |
|--|---|------------------------------|--|--|--|--|
| Requiere cotización M= Malo. R= Regular. B= Bueno. COT= Cotizar. N/A= No Aplica. INST= Instalado. CANT= Cantidad. Representante del Servicio Fecha y Hora Fin de Servicio Recibimos en Conformidad Firma por parte del Cliente | Equipo Fuera de servicio | | | | | |
| M= Malo. R= Regular. B= Bueno. COT= Cotizar. N/A= No Aplica. INST= Instalado. CANT= Cantidad. Representante del Servicio Fecha y Hora Fin de Servicio Recibimos en Conformidad Firma por parte del Cliente | El equipo requiere ser retirado fuera de la institución para ser evaluados en nuestros laboratorios | | | | | |
| Representante del Servicio Fecha y Hora Fin de Servicio Recibimos en Conformidad Firma por parte del Cliente | Requiere cotización | NO | | | | |
| Firma por parte del Cliente | M= Malo. R= Regular. B= Bueno. COT= Cotizar. N/A= No Aplica. INST= Instalado. CANT= Cantidad. | | | | | |
| | Representante del Servicio | Fecha y Hora Fin de Servicio | Recibimos en Conformidad | | | |
| Nombre: DIEGO CHIPATEQUE 15/06/202215:21 15/06/202215:21 15/06/202215:21 Fechal 5/06/2022 15:20 Nro:165311638 Nro:16 | Fechal 5/06/2/02/15:21 Nro:1655311076 | | Fechal 5/06/2022 15:20 Nro:1695311638 VULY PUERTO Nombre:YULY PUERTO | | | |

Reporte de servicio finalizado, cualquier inquietud comuniquese con nosotros, su satisfacción es nuestro compromiso!!
Al suscribir el presente documento declaro que he sido informado, que puedo consultar la Politica de Tratamiento de Información publicada en www.tecnicaelectromedica.com