

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: | MARILYN REYES | Cargo: | ENFERMERA JEFE |
| Solicitud de servicio No: | | Telefono: | |
| Tipo de Contrato: | | Tipo de Servicio | MANTENIMIENTO PREVENTIVO |
| | | Fecha y Hora Inicio del Servicio: | 15/06/2022 19:14 |

INFORMACION DEL EQUIPO

| | | | |
|--------------------------|----------------|-------------------|------------------|
| Equipo: | ELECTROBISTURI | Ubicación: | SALAS DE CIRUGIA |
| Marca: | VALLEYLAB | Serie: | F4C43601T |
| Modelo: | FORCE 2 | | |
| Horas de Funcionamiento: | | Placa TEM S.A No. | NA |

OBSERVACIONES DEL CLIENTE

MANTENIMIENTO PREVENTIVO

DESCRIPCION DEL TRABAJO



| | | |
|---|------------|--|
| Cumple con el Proceso de Limpieza y Desinfección: | SI | |
| Parametros de potencia: | SI | |
| POTENCIA CUT PROGRAMADA: | | |
| 30: | 26.3 | |
| 90: | 87.6 | |
| 200: | 190.0 | |
| POTENCIA COAG PROGRAMADA: | | |
| 30: | 29.3 | |
| 90: | 80.9 | |
| 120: | 120= 105.0 | |
| CHEQUEO DE POTENCIAS | SI | |
| ACTIVACION DE ALARMAS | SI | |
| CABLE AC | SI | |
| ESTADO GENERAL | SI | |

OBSERVACIONES:

Se realiza inspeccion y verificacion encontrando el equipo en buen estado fisico, se realiza limpieza general externa, limpieza de accesorios y verificacion de conectores. n nSe procede con el encendido del equipo sin novedades, se realizan varias pruebas de funcionamiento en los diferentes modos de operacion con analizador de electrocirugia. n nEn las pruebas realizadas se evidencia que el equipo se encuentra en rango y en optimas condiciones de funcionamiento de acuerdo a los parametros establecidos por el fabricante.RF303 9396038

Imagen del servicio:



| NOMBRE | CANT. | DESCRIPCION | INST. |
|---|------------------------------|---|-------|
| | | | |
| Servicio Concluido | | | SI |
| El equipo se entrega funcionando dentro de las especificaciones exigidas por el fabricante | | | SI |
| Equipo Fuera de servicio | | | NO |
| El equipo requiere ser retirado fuera de la institución para ser evaluados en nuestros laboratorios | | | NO |
| Requiere cotización | | | NO |
| 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 | |
| <div>Firma por TECNICA ELECTROMEDICA</div>  <div>Fecha: 15/06/2022 20:20 Nro: 1655338467</div> <div>ANGIE LLANOS</div> | 15/06/2022 20:20 | <div>Firma por parte del Cliente</div>  <div>Fecha: 15/06/2022 20:19 Nro: 1655338467</div> <div>MARILYN REYES</div> | |
| Nombre: ANGIE LLANOS | | Nombre: MARILYN REYES | |
| | | Cargo: ENFERMERA JEFE | |

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 Política de Tratamiento de Información publicada en www.tecnicaelectromedica.com