



Calle El Arenal OE11-192 y Panamericana Norte

Telfs Quito: (02) 23477-164 / 2420-098 / 2428-005

Guayaquil: (04) 2082-809 / 2082-149

e-mail: ventasecuador@nipromed.com

www.nipro.com.ec

Quito - Ecuador

REPORTE DE SERVICIO TECNICO

No.01052017-02-0000000031

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Para su seguridad y cumplimiento de normas internacionales siempre que manipule dispositivos medicos es **OBLIGATORIO** utilizar equipos y medidas de proteccion.

Cliente	DOMEDIAL		
Responsable	sadasd	Cargo	Ã±lkÃ±kl
Nombre de hospital	DOMEDIAL	Telefono	Ã±lÃ±kl
Direccion fisica de instalacion	Ã±lkÃ±kÃ±		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	Ã±lkÃ±kÃ±lk

Identificacion del Equipo

Modelo	NIPRO	Nro. Serie	JLKJLKJLKJ
Breve descripcion del incidente o reporte			
CXZCX			
Fecha de instalacion	2017-05-13	Fecha del problema	2017-05-05
Horas de uso ,m	Version SW	Ã±lk	Codigo/error Ã±l
Turnos Por Dia	1-2	Numero/Sala	1
Garantia	SI	Reportado Por	DOME
Maquina Tipo	POSITIVA	Detalle	UCI
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-05-18	Reporte Tecnico No.	20170501071956_51985241
Frecuencia de la desinfeccion		INTERDIALISIS	
Frecuencia de la desincrustacion.		NINGUNA	
Operatividad General del equipo.		FUNCIONANDO	

INSPECCIONES

CONDICION EXTERNA
Conexion de tuberias,Fugas y Goteos,Danos estructurales,Deteccion de Oxido y corrosion,Ruedas de transporte
SISTEMAS ELECTRONICOS
Cable de alimentacion electrica,Toma corriente y bateria de respaldo,Tarjetas de control,Sensores y sistemas,Corriente de fuga,
VERIFICACION DE PARAMETROS
Ajustes y activacion de alarmas,Verificacion de lavados/desinfeccion,Calibracion de conductividad,Calibracion de temperatura,Exactitud de UF/Pres. Ven/Pres. Art.,

SISTEMA HIDRAULICO
Limpieza e integridad,PR1,BLD,PG,Valvulas de control,
VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO
Bomba de sangre,Bomba de heparina,Touch screen/teclado de pantalla,Lampara indicadora de estado,Simulacion de tratamiento,
SISTEMA DE APOYO / OPCIONES
BPM,Filtro de endotoxinas,Red de computo/LAN,Documentacion de soporte,Verificacion de uso/operador,

INFORMACION ADICIONAL

Observaciones					
asadsad					
Nombre de tecnico.		CESAR TOLEDO		Firma / Sello	
Nombre Recibe		sasad		Firma / Sello.	
Hora de Inicio	sasd	Hora de finalizacion	asdad	Fecha(AAAA/MM/DD)	2017-05-01
Equipo apto para uso con paciente?				NO	