

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 | TEST | | |
| Responsable | Viky borja | Cargo | Licenciada |
| Nombre de hospital | TEST | Telefono | 324566 |
| Direccion fisica de instalacion | Ulloa y mariana de jesus | | |
| Pais | ECUADOR | Rep.Ventas/Distri. | 456u |

Identificacion del Equipo

| | | | |
|---|---------------|---------------------|---------------------------|
| Modelo | MODELO | Nro. Serie | SERIE |
| Breve descripcion del incidente o reporte | | | |
| ok | | | |
| Fecha de instalacion | 2017-06-13 | Fecha del problema | 2017-06-12 |
| Horas de uso | 3244 | Version SW | 2.5 |
| | | Codigo/error | 445 |
| Turnos Por Dia | 3-4 | Numero/Sala | TEST SUCURSAL |
| Garantia | SI | Reportado Por | SUPER ADMIN |
| Maquina Tipo | POSITIVA | Detalle | SALA |
| Fecha de ultimo mantenimiento | 2017-06-06 | Reporte Tecnico No. | 20170425215023_1464283845 |
| Frecuencia de la desinfeccion | INTERDIALISIS | | |
| Frecuencia de la desincrustacion. | DIARIA | | |
| 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 |
| |
| VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO |
| |
| SISTEMA DE APOYO / OPCIONES |
| |

INFORMACION ADICIONAL

| | | | | | |
|------------------------------------|-------|---------------------------|-------|-------------------|------------|
| Observaciones | | | | | |
| Equipo operativo | | | | | |
| Nombre de tecnico. | | JUAN GUACOLLANTES AGUILAR | | Firma / Sello | |
| Nombre Recibe | | Viky borja | | Firma / Sello. | |
| Hora de Inicio | 10h00 | Hora de finalizacion | 11.50 | Fecha(AAAA/MM/DD) | 2017-06-13 |
| Equipo apto para uso con paciente? | | | | SI | |