



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.04072017-02-0000000041

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 | SAN DIEGO | | |
| Responsable | GEOVANNY PALADINES | Cargo | ADMINISTRADOR |
| Nombre de hospital | SAN DIEGO | Telefono | 0995875679 |
| Direccion fisica de instalacion | PARTE BAJA DE LA CLÁ•NICA REINA DEL CISNE | | |
| Pais | ECUADOR | Rep.Ventas/Distri. | JOSE EDUARDO SAMBRANO |

Identificacion del Equipo

| | | | |
|---|-------------|---------------------|-------------------------|
| Modelo | TIPO II | Nro. Serie | 14W4111 |
| Breve descripcion del incidente o reporte | | | |
| Medir conductividad | | | |
| Fecha de instalacion | 2014-09-20 | Fecha del problema | 2017-07-02 |
| Horas de uso | 6259 | Version SW | 4415/07 |
| | | Codigo/error | N/A |
| Turnos Por Dia | 1-2 | Numero/Sala | SALA 1 |
| Garantia | NO | Reportado Por | GIOVANNY PALADINES |
| Maquina Tipo | NEGATIVA | Detalle | SALA |
| Fecha de ultimo mantenimiento | 2017-07-04 | Reporte Tecnico No. | 20170704140020_38925410 |
| Frecuencia de la desinfeccion | DIARIA | | |
| Frecuencia de la desincrustacion. | DIARIA | | |
| Operatividad General del equipo. | FUNCIONANDO | | |

INSPECCIONES

| |
|-------------------------------|
| CONDICION EXTERNA |
| |
| SISTEMAS ELECTRONICOS |
| |
| VERIFICACION DE PARAMETROS |
| Calibracion de conductividad, |
| SISTEMA HIDRAULICO |
| |

| |
|---------------------------------------|
| VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO |
| |
| SISTEMA DE APOYO / OPCIONES |
| |

INFORMACION ADICIONAL

| | | | | | |
|---|-------|-----------------------------|-------|--------------------------|------------|
| Observaciones | | | | | |
| MAQUINA QUEDA FUNCIONANDO CORRECTAMENTE | | | | | |
| Nombre de tecnico. | | JUAN CARLOS CALVA | | Firma / Sello | |
| Nombre Recibe | | GEOVANNY PALADINES | | Firma / Sello. | |
| Hora de Inicio | 15:00 | Hora de finalizacion | 18.00 | Fecha(AAAA/MM/DD) | 2017-07-04 |
| Equipo apto para uso con paciente? | | | | SI | |