

## 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.**

<b>Cliente</b>	HOSPITAL TEOFILLO DAVILA		
<b>Responsable</b>	Bryan Flores	<b>Cargo</b>	Tecnico de Area Renal
<b>Nombre de hospital</b>	HOSPITAL TEOFILLO DAVILA	<b>Telefono</b>	0959839665
<b>Direccion fisica de instalacion</b>	buenavista y boyaca		
<b>Pais</b>	ECUADOR	<b>Rep.Ventas/Distri.</b>	Jose Eduardo Zambrano

### Identificacion del Equipo

<b>Modelo</b>	S55 PLUS	<b>Nro. Serie</b>	15CX2289
<b>Breve descripcion del incidente o reporte</b>			
Buenas noches, favor realizar mantenimiento preventivo			
<b>Fecha de instalacion</b>	2017-02-01	<b>Fecha del problema</b>	2017-08-26
<b>Horas de uso</b>	0000	<b>Version SW</b>	4.16
		<b>Codigo/error</b>	N/A
<b>Turnos Por Dia</b>	3-4	<b>Numero/Sala</b>	SALA 1
<b>Garantia</b>	SI	<b>Reportado Por</b>	LICDA. ANA AVILA
<b>Maquina Tipo</b>	NEGATIVA	<b>Detalle</b>	SALA
<b>Fecha de ultimo mantenimiento</b>	2017-08-27	<b>Reporte Tecnico No.</b>	20170826200852_1836350770
<b>Frecuencia de la desinfeccion</b>	DIARIA		
<b>Frecuencia de la desincrustacion.</b>	DIARIA		
<b>Operatividad General del equipo.</b>	FUNCIONANDO		

### INSPECCIONES

<b>CONDICION EXTERNA</b>
<b>SISTEMAS ELECTRONICOS</b>
<b>VERIFICACION DE PARAMETROS</b>
<b>SISTEMA HIDRAULICO</b>
Limpieza e integridad,

<b>VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO</b>
<b>SISTEMA DE APOYO / OPCIONES</b>

**INFORMACION ADICIONAL**

<b>Observaciones</b>					
Se realizo impieza externa de la maquina y filtro de agua se le encontro suciedad					
<b>Nombre de tecnico.</b>		BRYAN FLORES		<b>Firma / Sello</b>	
<b>Nombre Recibe</b>		LICD. ANA AVILA		<b>Firma / Sello.</b>	
<b>Hora de Inicio</b>		09:00 am	<b>Hora de finalizacion</b>	14:00 pm	<b>Fecha(AAAA/MM/DD)</b>
					2017-08-31
<b>Equipo apto para uso con paciente?</b>				SI	