

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

REPORTE DE SERVICIO TECNICO No.30082017-02-0000000087

www.nipro.com.ec Quito - Ecuador

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.

ODEIO/ TOTALO damento y modifica do protocolom							
Cliente	HOSE	HOSPITAL TEOFILO DAVILA					
Responsable	Bryan Flores		Cargo Te		ecnico de Area Renal		
Nombre de hospital	HOSI	PITAL TEOFILO DAVILA	Telefono	09	0959839665		
Direccion fisica de instalacion Buenavista y boyaca							
Pais	ECU/	ADOR	Rep.Ventas/Distri.		Jose Eduardo Zambrano		
Identificacion del Equipo							
Modelo	S55 PLUS		Nro. Serie		15CX2284		
Breve descripcion del inc	idente	o reporte	t				
Buenas noches, favor realiz	ar mar	ntenimiento preventivo					
Facha da instalación	0047	00.04	Early deliganting		0047.00.00		

		1						
Breve descrip	cion del inci	dente	o reporte		ż			
Buenas noches	s, favor realiz	ar man	tenimiento preventi	vo				
Fecha de instalacion 2		2017-0	2017-02-01		Fecha del problema		2017-08-26	
Horas de uso	2122		Version SW	4.	16	Codigo/	error	N/A
Turnos Por Di	urnos Por Dia 3-4			Numero/Sala		SALA 1		
Garantia		SI			Reportado Por		LICDA. ANA AVILA	
Maquina Tipo	a Tipo NEGAT		TIVA		Detalle		SALA	
Fecha de ultimo mantenimiento		2017-08-27		Reporte Tecnico No.		20170826201005_1055065205		
Frecuencia de la desinfeccion			DIARIA					
Frecuencia de la desincrustacion.			DIARIA					
Operatividad General del equipo.				FUNCIONANDO				

INSPECCIONES

CONDICION EXTERNA	
Deteccion de Oxido y corrosion,	
SISTEMAS ELECTRONICOS	
ERIFICACION DE PARAMETROS	
/erificacion de lavados/desinfeccion,	
SISTEMA HIDRAULICO	
impieza e integridad,	

VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO	
SISTEMA DE APOYO / OPCIONES	
	Ī

INFORMACION ADICIONAL

Observaciones								
Limpieza de corrosio	n de ox	cido y f	iltro de agua					
Nombre de tecnico.		BRYAN FLORES			Firma / Sello			
Nombre Recibe		LICDA. ANA AVILA			Firma / Sello.		An	a Avilo
Hora de Inicio	09:00	am	Hora de finalizacion	14:00 pm	Fecha(AAAA/N		/IM/DD)	2017-08-30
Equipo apto para uso con paciente?				,	SI		•	