

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

No.30082017-02-0000000090

REPORTE DE SERVICIO TECNICO

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.

| Obligation additional additional and procession | | | | | | |
|---|---------|-------------------------|---|----|-----------------------|--|
| | | | | | | |
| Cliente | HOSI | HOSPITAL TEOFILO DAVILA | | | | |
| Responsable | Bryar | n Flores | Cargo | Te | ecnico de Area Renal | |
| Nombre de hospital | HOSI | PITAL TEOFILO DAVILA | OFILO DAVILA Telefono 0959839665 | | 959839665 | |
| Direccion fisica de instalacion | | Buenavista y boyaca | | | | |
| Pais | ECU | ADOR | Rep.Ventas/Distri. | | Jose Eduardo Zambrano | |
| Identificacion del Equipo | | | | | | |
| Modelo | S55 F | PLUS | Nro. Serie | | 15CX2281 | |
| Breve descripcion del inc | idente | o reporte | | | | |
| Buenas noches, favor reali | zar mar | ntenimiento preventivo | | | | |
| Fecha de instalacion | 2017 | -02-01 | Fecha del problema | | 2017-08-26 | |

| | | ı | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|-----------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------------|------------------|-----|
| Breve descrip | cion del inci | dente | o reporte | | | | | |
| 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 | 2187 | | Version SW | 4. | 16 | Codigo/ | error | N/A |
| Turnos Por Di | os Por Dia 3-4 | | | • | Numero/Sala | | SALA 1 | |
| Garantia | | SI | | | Reportado Por | | LICDA. ANA AVILA | |
| Maquina Tipo | po NEGAT | | TIVA | | Detalle | | SALA | |
| Fecha de ultimo mantenimiento | | 017-08-27 | | Reporte Tecnico No. | | 20170826201020_117342997 | | |
| 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 | |
| | |
| VERIFICACION DE PARAMETROS | |
| Verificacion de lavados/desinfeccion, | |
| SISTEMA HIDRAULICO | |
| Limpieza e integridad, | |

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

INFORMACION ADICIONAL

| Observaciones | | | | | | | | |
|------------------------------------|----------|--------------|----------------------|---------------|----------------|---|---------|------------|
| Limpieza de desagu | e y de f | iltro de | agua y oxido | | | | | |
| Nombre de tecnico | | BRYAN FLORES | | Firma / Sello | | 1 | | |
| Nombre Recibe | | LICD | LICDA. ANA AVILA | | Firma / Sello. | | An | a Avilo |
| Hora de Inicio | 09:00 | am | Hora de finalizacion | 14:00 pm | m Fecha(AAAA/N | | /IM/DD) | 2017-08-30 |
| Equipo apto para uso con paciente? | | | | SI | | | | |