



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](mailto:ventasecuador@nipromed.com)

[www.nipro.com.ec](http://www.nipro.com.ec)

Quito - Ecuador

REPORTE DE SERVICIO TECNICO

No.25042017-02-0000000027

## 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	FERDIALSA		
Responsable	sdad	Cargo	asdsad
Nombre de hospital	FERDIALSA	Telefono	asdsad
Direccion fisica de instalacion	asdsad		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	asdsad

### Identificacion del Equipo

Modelo	400	Nro. Serie	0987654321
Breve descripcion del incidente o reporte			
Mantenimiento de rutina			
Fecha de instalacion	2017-04-14	Fecha del problema	2017-04-01
Horas de uso	qwewq	Version SW	qwewq
		Codigo/error	wqeqwe
Turnos Por Dia	1-2	Numero/Sala	A
Garantia	SI	Reportado Por	FERCHO
Maquina Tipo	POSITIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-04-14	Reporte Tecnico No.	20170425085850_27022087
Frecuencia de la desinfeccion	NINGUNA		
Frecuencia de la desincrustacion.	NINGUNA		
Operatividad General del equipo.	FUNCIONANDO		

### INSPECCIONES

CONDICION EXTERNA
Conexion de tuberias,Danos estructurales,
SISTEMAS ELECTRONICOS
Cable de alimentacion electrica,Toma corriente y bateria de respaldo,
VERIFICACION DE PARAMETROS
SISTEMA HIDRAULICO

VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO
SISTEMA DE APOYO / OPCIONES

INFORMACION ADICIONAL																				
Observaciones																				
sadasdsa																				
<table border="1"><tr><td>Nombre de tecnico.</td><td>CESAR TOLEDO</td><td>Firma / Sello</td><td></td></tr><tr><td>Nombre Recibe</td><td>sdfsd fds</td><td>Firma / Sello.</td><td></td></tr><tr><td>Hora de Inicio</td><td>asdasd</td><td>Hora de finalizacion</td><td>asdsad</td><td>Fecha(AAAA/MM/DD)</td><td>2017-04-25</td></tr><tr><td colspan="4">Equipo apto para uso con paciente?</td><td colspan="2">SI</td></tr></table>	Nombre de tecnico.	CESAR TOLEDO	Firma / Sello		Nombre Recibe	sdfsd fds	Firma / Sello.		Hora de Inicio	asdasd	Hora de finalizacion	asdsad	Fecha(AAAA/MM/DD)	2017-04-25	Equipo apto para uso con paciente?				SI	
Nombre de tecnico.	CESAR TOLEDO	Firma / Sello																		
Nombre Recibe	sdfsd fds	Firma / Sello.																		
Hora de Inicio	asdasd	Hora de finalizacion	asdsad	Fecha(AAAA/MM/DD)	2017-04-25															
Equipo apto para uso con paciente?				SI																