

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.23042017-02-0000000024

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.

Cliente	TEST						
Responsable	responsable del cliente		Cargo		cargo del responsable del cliente		
Nombre de hospital	TEST		Telefono	99	9999999		
Direccion fisica de instalacion ssssssssssssssssssssssssssssssssssss			SSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSS				
Pais	ECUA	ADOR	Rep.Ventas/Distri.		respreentante de ventas		

Identificacion del Equipo

Modelo		MODEL	DDEL		Nro. Serie		SERIE		
Breve descripcion del incidente o reporte									
realizar el mantenimiento preventio para le id 115									
Fecha de instalacion		2017-04-23			Fecha del proble	na	2017-04-23		
Horas de uso	33333333		Version SW	33	33333333	Codigo/	error	33333333	
Turnos Por Dia		Mas de 4		Numero/Sala		TEST SUCURSAL			
Garantia		NO			Reportado Por		TEST DE PRUEBAS		
Maquina Tipo		NEGATIVA			Detalle		UCI		
Fecha de ultimo mantenimiento		niento 2	2017-04-23		Reporte Tecnico No.		20170423202733_686598251		
Frecuencia de la desinfeccion				DIARIA					
Frecuencia de la desincrustacion.				DIARIA					
Operatividad General del equipo.				FUNCIONANDO					

INSPECCIONES

CONDICION EXTERNA

Conexion de tuberias, Fugas y Goteos, Danos estructurales, Deteccion de Oxido y corrosion, Ruedas de transporte

SISTEMAS ELECTRONICOS

Cable de alimentacion electrica, Toma corriente y bateria de respaldo, Tarjetas de control, Sensores y sistemas, Corriente de fuga,

VERIFICACION DE PARAMETROS

Ajustes y activacion de alarmas, Verificacion de lavados/desinfeccion, Calibracion de conductividad, Calibracion de temperatura, Exactitud de UF/Pres. Ven/Pres. Art.,

Limpieza e integridad	,PR1,BLC	D,PG,Valvulas	de control,					
VERIFICACION DE I	FUNCION	AMIENTO						
Bomba de sangre,Bo tratamiento,	mba de h	eparina,Touch	screen/teclado	o de pantalla	,La	mpara indicad	ora de e	stado,Simulacion de
SISTEMA DE APOY	O / OPCIO	ONES						
BPM,Filtro de endoto	xinas,Red	l de computo/L	AN,Document	tacion de sop	ort	e,Verificacion	de uso/o	perador,
INFORMACION ADI	CIONAL							
Observaciones	<u> </u>							
no hay ninguna obse	rvacion							
nnnnnnnnnnnnnnn	ınnnnnnn	nnnnnnnnnnn	nnnnnnnnnnn	nnnnnnnnn	nnn	nnnnnnnnnn	nnnnnn	nnnnnnnnnnnnnn
nnnnnnnnnnnnnnn	nnnnnnnr	nnnnnnnnnnn	nnnnnnnnnn	nnnnnnn				
Nombre de tecnico.	JL	JUAN GUACOLLANTES AGUILAR Fir			Firma / Sello			
Nombre Recibe		nombre de quien recibe			Firma / Sello.			
Hora de Inicio	3333333	3 Hora de f	inalizacion	333333333	33: Fecha(AAAA/N		IM/DD)	2017-04-23
Equipo apto para uso con paciente?				<u> </u>		SI		

SISTEMA HIDRAULICO