

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	SAN DIEGO		
Responsable	GEOVANNY PALADINES	Cargo	ADMINISTRADOR
Nombre de hospital	SAN DIEGO	Telefono	0995875679
Direccion fisica de instalacion	PARTE BAJA DE LA CLÍNICA REINA DEL CISNE		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	JOSE EDUARDO SAMBRANO

Identificacion del Equipo


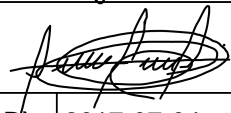
Modelo	TIPO II	Nro. Serie	13W3620
Breve descripcion del incidente o reporte			
Medir conductividad			
Fecha de instalacion	2014-09-20	Fecha del problema	2017-07-01
Horas de uso	5976	Version SW	4415/07
		Codigo/error	N/A
Turnos Por Dia	1-2	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	NO	Reportado Por	GIOVANNY PALADINES
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-07-04	Reporte Tecnico No.	20170704135643_813718070
Frecuencia de la desinfeccion	DIARIA		
Frecuencia de la desincrustacion.	DIARIA		
Operatividad General del equipo.	FUNCIONANDO		

INSPECCIONES

CONDICION EXTERNA
SISTEMAS ELECTRONICOS
VERIFICACION DE PARAMETROS
Calibracion de conductividad,
SISTEMA HIDRAULICO

VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO
SISTEMA DE APOYO / OPCIONES

INFORMACION ADICIONAL

Observaciones					
MAQUINA QUE FUNCIONANDO CORRECTAMENTE					
Nombre de tecnico.		JUAN CARLOS CALVA		Firma / Sello	
					
Nombre Recibe		GEOVANNY PALADINES		Firma / Sello.	
					
Hora de Inicio	15:00	Hora de finalizacion	18.00	Fecha(AAAA/MM/DD)	2017-07-04
Equipo apto para uso con paciente?				SI	