

DATOS DEL CLIENTE

Cliente: Clínica La Sagnada Familia
Contacto: _____
Teléfono: _____
Ciudad: Imaña
Contrato: _____
Daño fuera de Garantía: _____

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

Equipo: Ventilador
Marca: Cronoson
Modelo: Volc. Comprensive
S/N: CA104945
Ubicación: UG
Placa: _____

TIPO DE SERVICIO

☐ Alistamiento ☐ Calibración ☐ Capacitación ☐ Correctivo ☐ Cortesía
☐ Demostración ☐ Diagnóstico ☐ Instalación ☐ Otro ☒ Preventivo

TIPO DE PROBLEMA

☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Producto ☐ Software ☐ Otro Cual: _____

PROBLEMA:

Visita #2 de mantenimiento preventivo por garantía.

TRABAJOS REALIZADOS

Verificación por estado físico y funcional, pruebas en leds, membrana, alambres, fuga, calos y prueba de sujeción de tubería, por los ventiladores y limpieza general, equipack, oxígeno probado

OBSERVACIONES:

Equipo en correcto funcionamiento.

CLIENTE

Nombre: JORGE IVAN MORA M.
Cargo: Aux. biomédico

Firma: _____

DURACIÓN DEL TRABAJO

H. Llegada: 2 pm

H. Salida: 3:30 pm

INSTRUMENTACIÓN S.A.

Nombre: Karen Monroy C.
Cargo: Ing. soporte técnico

Firma: Karen M.