

DATOS DEL CLIENTE

Cliente: Clínica San Francisco de Asís
Contacto: _____
Teléfono: 313 411 0337
Ciudad: Bogotá
Contrato: _____
Daño fuera de Garantía: _____

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

Equipo: Ventilador de Paciente
Marca: Corefusion
Modelo: VELA COMPREHENSIVE
S/N: CAT04635
Ubicación: UCIA
Placa: _____

TIPO DE SERVICIO

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

TIPO DE PROBLEMA

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

TIPO DE ELEMENTO

LÍNEA COMUNICACIONES

☐ Periférico
☐ Reinstalaciones de Firmware
☐ Reinstalaciones de Software
☐ Reparación Completa
☐ Reparación Componentes
☐ Reparación Estándar
☐ Tarjeta Principal
☐ Otro: _____

LÍNEA ANALÍTICA

☐ Filtro Emisor/Exhalación
☐ Filtro de Solución Refrigerante
☐ Fuente
☐ Relevé
☐ Sonda de Bloqueo
☐ Sonda de Muestra
☐ Teclado
☐ Válvula de Una Vía
☐ Otro: _____

LÍNEA MÉDICA

☐ Amplificador ☐ Electrodo ☐ Manguera ☐ Reactivo
☐ Batería ☐ Filtro ☐ Manómetro ☐ Sensor
☐ Cable ☐ Flujómetro ☐ Mezclador ☐ Software
☐ Celda O2 ☐ Fuente ☐ Módulo ☐ Tarjeta
☐ Compresor ☐ Impresora ☐ Motor ☐ Touchscreen
☐ Consola ☐ Indicador ☐ Operativo ☐ Transductor
☐ CPU ☐ Instrumental ☐ Pantalla ☐ Turbina
☐ Cto. Paciente ☐ Interfase ☐ Pistón ☐ Válvula
☐ Cubierta ☐ Lámpara ☐ Potenciómetro ☐ Otro

PROBLEMA:

Visita # 2 de Garantía. Mantenimiento preventivo.
HTV: 461 HTT: 461

TRABAJOS REALIZADOS

Inspección física y funcional. Verificación OVP completa: Pantalla, nebuliza-
dores, todos, alarmas, calibración O2, desempeño batería, fugas, todos en. Verifi-
cación parámetros ventilación en protocolo adjunto.

OBSERVACIONES:

Se recomienda cambio KIT anual. Equipo funcionando correctamente
según especificaciones de fábrica.

CLIENTE

Nombre: Edgar Muñoz C.
Cargo: Soporte Técnico
Firma: _____

DURACIÓN DEL TRABAJO

H. Llegada: 8:30 am
H. Salida: 10:00 am

INSTRUMENTACIÓN S.A.

Nombre: Edgar Muñoz C.
Cargo: Soporte Técnico
Firma: _____