

| DATOS DEL CLIENTE                    | IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO              |
|--------------------------------------|----------------------------------------|
| Cliente: <u>Clinica La Magdalena</u> | Equipo: <u>Verificador de Paciente</u> |
| Contacto: <u>Iván Atuesta</u>        | Marca: <u>Vyaire</u>                   |
| Teléfono: _____                      | Modelo: <u>VELA COMPREHENSIVE</u>      |
| Ciudad: <u>Barrancabermeja</u>       | S/N: <u>CA104419</u>                   |
| Contrato: _____                      | Ubicación: <u>UCL COVID</u>            |
| Daño fuera de Garantía: _____        | Placa: <u>6250</u>                     |

| TIPO DE SERVICIO                      |                                      |                                       |                                     |                                                |  |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alistamiento | <input type="checkbox"/> Calibración | <input type="checkbox"/> Capacitación | <input type="checkbox"/> Correctivo | <input type="checkbox"/> Cortesía              |  |
| <input type="checkbox"/> Demostración | <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Instalación  | <input type="checkbox"/> Otro       | <input checked="" type="checkbox"/> Preventivo |  |

| TIPO DE PROBLEMA                     |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Electrónico | <input type="checkbox"/> Neumático |
| <input type="checkbox"/> Producto    | <input type="checkbox"/> Software  |
| <input type="checkbox"/> Otro        | Cual: _____                        |

| TIPO DE ELEMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LÍNEA COMUNICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | LÍNEA ANALÍTICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | LÍNEA MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Periférico<br><input type="checkbox"/> Reinstalaciones de Firmware<br><input type="checkbox"/> Reinstalaciones de Software<br><input type="checkbox"/> Reparación Completa<br><input type="checkbox"/> Reparación Componentes<br><input type="checkbox"/> Reparación Estándar<br><input type="checkbox"/> Tarjeta Principal<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Filtro Emisor/Exitación<br><input type="checkbox"/> Filtro de Solución Refrigerante<br><input type="checkbox"/> Fuente<br><input type="checkbox"/> Relevé<br><input type="checkbox"/> Sonda de Bloque<br><input type="checkbox"/> Sonda de Muestra<br><input type="checkbox"/> Teclado<br><input type="checkbox"/> Válvula de Una Vía<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Amplificador<br><input type="checkbox"/> Batería<br><input type="checkbox"/> Cable<br><input type="checkbox"/> Celda O2<br><input type="checkbox"/> Compresor<br><input type="checkbox"/> Consola<br><input type="checkbox"/> CPU<br><input type="checkbox"/> Cto. Paciente<br><input type="checkbox"/> Cubierta<br><input type="checkbox"/> Electrodo<br><input type="checkbox"/> Filtro<br><input type="checkbox"/> Flujometro<br><input type="checkbox"/> Fuente<br><input type="checkbox"/> Impresora<br><input type="checkbox"/> Indicador<br><input type="checkbox"/> Instrumental<br><input type="checkbox"/> Interfase<br><input type="checkbox"/> Lámpara<br><input type="checkbox"/> Manguera<br><input type="checkbox"/> Manómetro<br><input type="checkbox"/> Mezclador<br><input type="checkbox"/> Módulo<br><input type="checkbox"/> Motor<br><input type="checkbox"/> Operativo<br><input type="checkbox"/> Pantalla<br><input type="checkbox"/> Pistón<br><input type="checkbox"/> Potenciometro<br><input type="checkbox"/> Reactivo<br><input type="checkbox"/> Sensor<br><input type="checkbox"/> Software<br><input type="checkbox"/> Tarjeta<br><input type="checkbox"/> Touchscreen<br><input type="checkbox"/> Transductor<br><input type="checkbox"/> Turbina<br><input type="checkbox"/> Válvula<br><input type="checkbox"/> Otro |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| PROBLEMA: <u>Mantenimiento preventivo. Visita # 2 de Garantía</u> |
|-------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TRABAJOS REALIZADOS</b><br><u>Inspección física y funcional OK. Limpieza gen. Verificación OVP completa: pantalla táctil, leds indicadores, alarmas, fugas, teclas, nebulizador, calibración de sensor O2, desempeño de la batería todos OK. Verificación de parámetros de ventilación: Volumen, presión, flujo y FiO2 relacionados en protocolo adjunto.</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
|----------------|

| CLIENTE                                 | DURACIÓN DEL TRABAJO | INSTRUMENTACIÓN S.A.          |
|-----------------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Nombre: <u>Unidad Clínica Magdalena</u> | H. Llegada: _____    | Nombre: <u>Edgar Muñoz C.</u> |
| Cargo: <u>Biomedico</u>                 | H. Salida: _____     | Cargo: <u>Soporte Técnico</u> |
| Firma: <u>[Firma]</u>                   |                      | Firma: <u>[Firma]</u>         |