

|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DATOS DEL CLIENTE</b><br>Cliente: <u>Clinica La Magdalena</u><br>Contacto: <u>Ivan Auesta</u><br>Teléfono: _____<br>Ciudad: <u>Barrancabermeja</u><br>Contrato: _____<br>Daño fuera de Garantía: _____ | <b>IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO</b><br>Equipo: <u>Verificador de Paciente</u><br>Marca: <u>Kyote</u><br>Modelo: <u>VELA COMPREHENSIVE</u><br>S/N: <u>CATO4408</u><br>Ubicación: _____<br>Placa: <u>6314</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                       |                                      |                                       |                                     |                                                |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>TIPO DE SERVICIO</b>               |                                      |                                       |                                     |                                                |
| <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 |

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

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

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROBLEMA:</b><br><u>Mantenimiento preventivo. Vista # 2 de garantía.</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TRABAJOS REALIZADOS</b><br><u>Inspección física y funcional. Limpieza gen. Verificación OVP completa: Pantalla táctil, leds indicadores, alarmas, fugas de gases, calibración de sensor O2, desempeño de batería FALLIDO. Verificación de parámetros de ventilación: volumen, presión, flujos y FiO2 relacionados en protocolo adjunto.</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                         |
|-----------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b><br>_____<br>_____ |
|-----------------------------------------|

|                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CLIENTE</b><br>Nombre: <u>IVAN AUESTA</u><br>Cargo: <u>Biomedico</u><br>Firma: <u>[Firma]</u> | <b>DURACIÓN DEL TRABAJO</b><br>H. Llegada: _____<br>H. Salida: _____ | <b>INSTRUMENTACIÓN S.A.</b><br>Nombre: <u>Edgar Muñoz P.</u><br>Cargo: <u>Soporte Técnico</u><br>Firma: <u>[Firma]</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|