



ENCORE HEALTH S.A.P.I. DE C.V.
COORDINACIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

Nombre: H.G. de Zona #4, Tecoman Área: Urgencias		Equipo: Ventilador Marca: PROMEO Modelo: U970 No. Serie: U970UJX2E530159 Falla Reportada: No aplica	
Servicio Solicitado: Preventivo <input checked="" type="checkbox"/> Correctivo <input type="checkbox"/> Instalación <input type="checkbox"/>			
Descripción del Servicio: Se realiza limpieza externa del equipo; calibraciones y pruebas de funcionamiento. Se realiza reemplazo de			
<input checked="" type="checkbox"/> CONDICIONES FÍSICAS INICIALES <input checked="" type="checkbox"/> FUNCIONALIDAD INICIAL <input checked="" type="checkbox"/> REVISIÓN DE CONDICIONES ELÉCTRICAS <input checked="" type="checkbox"/> REVISIÓN DE CONDICIONES ELECTRÓNICAS		<input checked="" type="checkbox"/> REVISIÓN DE CONDICIONES MECANICAS <input checked="" type="checkbox"/> REVISIÓN DE ACCESORIOS Y CONSUMIBLES <input checked="" type="checkbox"/> AJUSTES Y CALIBRACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> LIMPIEZA GENERAL	
Refacciones: Requiere Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Instalación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Descripción de la (s) refacción(es): (reemplazo) - Filtro de turbinas	Cantidad: /	No. Parte: /
<input checked="" type="checkbox"/> Status del Servicio Terminado <input type="checkbox"/> No Terminado <input type="checkbox"/> Reprogramado			
<input checked="" type="checkbox"/> Status del Equipo Funcionando <input type="checkbox"/> Funcionando parcialmente <input type="checkbox"/> Sin funcionar			
Observaciones: Equipo funcionando correctamente, # de horas 920, requiere reemplazo de celda de oxígeno. Se envía cotización			
Ingeniero de Servicio: Hermano Luis Rojas E	Fecha de Inicio de Servicio: 08/06/2021	Fecha de Término de Servicio: 08/06/2021	



Ing. Rafael Rojas
 Ramirez 99061085
 Jefe de Conservación

08/06/21

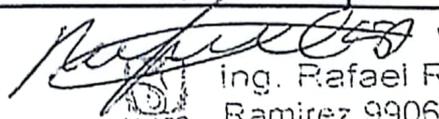
ENCORE HEALTH S.A.P.I. DE C.V.

COORDINACIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

Nombre: H.G. de Zona #4 Ticomán		Equipo: Ventilador	
Área: Urgencias		Marca: AEGNMEB	
Servicio Solicitado:		Modelo: V970	
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/> Correctivo <input type="checkbox"/> Instalación <input type="checkbox"/>		No. Serie: V970(XZES3018)	
		Falla Reportada: No aplica	
Descripción del Servicio: Se realiza limpieza externa del equipo, calibraciones y pruebas de funcionamiento. Se realiza reemplazo de filtro de turbina y filtro de ventilador.			
<input checked="" type="checkbox"/> CONDICIONES FÍSICAS INICIALES		<input checked="" type="checkbox"/> REVISIÓN DE CONDICIONES MECANICAS	
<input checked="" type="checkbox"/> FUNCIONALIDAD INICIAL		<input checked="" type="checkbox"/> REVISIÓN DE ACCESORIOS Y CONSUMIBLES	
<input checked="" type="checkbox"/> REVISIÓN DE CONDICIONES ELÉCTRICAS		<input checked="" type="checkbox"/> AJUSTES Y CALIBRACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> REVISIÓN DE CONDICIONES ELECTRÓNICAS		<input checked="" type="checkbox"/> LIMPIEZA GENERAL	
Refacciones:	Descripción de la (s) refacción(es):	Cantidad:	No. Parte:
Requiere Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(reemplazos) Filtro de ventilador Filtro de turbina		
Instalación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> Status del Servicio Terminado <input type="checkbox"/> No Terminado <input type="checkbox"/> Reprogramado			
<input checked="" type="checkbox"/> Status del Equipo Funcionando <input type="checkbox"/> Funcionando parcialmente <input type="checkbox"/> Sin funcionar			
Observaciones: Equipo funcionando correctamente, # de horas 813, requiere reemplazo de cable de oxígeno y encoder. Se envía a cotización			
Ingeniero de Servicio: Henna Llanos S	Fecha de Inicio de Servicio: 08/06/2021	Fecha de Término de Servicio: 08/06/2021	



IMSS
HOSPITAL GENERAL DE
SUBZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 4
OFICINA DE CONSERVACIÓN ZONA II
H. COLEGIO MILITAR No. 1
COL. CENTRO C.P. 28100 TECOMAN, COL.
TEL. 313 32 4 1190 EXT. 32108


ing. Rafael Rojas
Ramirez 99061085
Jefe de Conservación

08/06/21

Firma y sello de aceptación por parte del hospital

ORDEN DE SERVICIO

Cliente	
Nombre	HOSPITAL GENERAL DE SUB-ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No.4 IMSS
Dirección	COLEGIO MILITAR NO. 1, COL. CENTRO, C.P. 28100, TECOMÁN, COLIMA.
Equipo	
Nombre	MONITOR DE SIGNOS VITALES
Marca	MINDRAY
Modelo	EPM 12 M
Serie	AC9-07016438
Ubicación	COVID
Localidad	TECOMAN
Licitación/Contrato	2020-133-AA-012000991-E147- IM
Actividad	<input checked="" type="checkbox"/> Mtto. Preventivo <input type="checkbox"/> Mtto. Correctivo <input type="checkbox"/> Instalación <input type="checkbox"/> Garantía <input type="checkbox"/> Otro
Teléfono	

Trabajo Realizado	
<ol style="list-style-type: none"> INSPECCION VISUAL. - Realizar inspección visual del equipo para ver el estado del equipo, tanto en accesorios como en la parte física. LIMPIEZA. - Limpieza externa del equipo para mantener en óptimas condiciones de manejo el equipo. PRUEBAS DE SEGURIDAD ELECTRICA. - Pruebas de seguridad eléctrica al equipo cumpliendo con la normatividad del fabricante: verificación de tierras, corriente al paciente. PROCEDIMIENTO DE VERIFICACION. - Pruebas realizadas con simulador de paciente para asegurar que los valores y curvas desplegadas en el equipo sean los correctos. ETIQUETADO DEL EQUIPO. - Se coloca una etiqueta en el equipo con la fecha y datos complementarios. 	✓
<p><i>ETIQ. MTTTO 2077.</i></p>	

Observaciones
SERVICIO REALIZADO CONFORME A LOS PROTOCOLOS DEL FABRICANTE

<p><i>[Firma]</i> E. J. Valverde M. C. J. Torres L. G. G. G. Jefe de Mantenimiento</p> <p>Nombre, Firma o Sello</p> <p><i>J. de Piso de Urgencias</i> Cargo</p> <p><i>Urgencias</i> Area</p>	<p><i>[Firma]</i> Luis Raúl Caballero T. Nombre y Firma Representante EYCISA</p> <p>Fecha: <i>17 MARZO 2022</i></p>
<p><i>[Firma]</i> Ing. Rafael Rojas Jefe de Conservación Zona</p>	

ORDEN DE SERVICIO

Cliente

Nombre HOSPITAL GENERAL DE SUB-ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No.4 IMSS
Dirección COLEGIO MILITAR NO. 1, COL. CENTRO, C.P. 28100, TECOMÁN, COLIMA.

Equipo

Nombre MONITOR DE SIGNOS VITALES
Marca MINDRAY
Modelo EPM 12 M
Serie AC9-07016440
Ubicación COVID

Actividad

Mto. Preventivo
 Mto. Correctivo
 Instalación
 Garantía
 Otro

Localidad TECOMAN Teléfono _____
Licitación/Contrato 2020-133-AA-012000991-E147- IM

Trabajo Realizado

1. INSPECCION VISUAL. - Realizar inspección visual del equipo para ver el estado del equipo, tanto en accesorios como en la parte física.
2. LIMPIEZA. - Limpieza externa del equipo para mantener en óptimas condiciones de manejo el equipo.
3. PRUEBAS DE SEGURIDAD ELECTRICA. - Pruebas de seguridad eléctrica al equipo cumpliendo con la normatividad del fabricante: verificación de tierras, corriente al paciente.
4. PROCEDIMIENTO DE VERIFICACION. - Pruebas realizadas con simulador de paciente para asegurar que los valores y curvas desplegadas en el equipo sean los correctos.
5. ETIQUETADO DEL EQUIPO. - Se coloca una etiqueta en el equipo con la fecha y datos complementarios.

ETIQ. MTTD 2035

Observaciones

SERVICIO REALIZADO CONFORME A LOS PROTOCOLOS DEL FABRICANTE

Enka Ramirez

Nombre, Firma o Sello

Jefe de Piso

Cargo

Hospital

Area

Jorge Gonzalez Tello
Nombre y Firma Representante EYCISA

Fecha: 17 / Marzo / 2022



Ing. Rafael Rojas
IMSS Ramirez 33061085

Jefe de Conservación
Zona