



**Inter Science
Ltda.**

Informe de Servicio

Nº 000135

Asignado a: Adriana Gonzalez, Christian Terrazas	Ciudad: Sucre
Cliente: NERV Innovación y Calidad	Dirección:
Responsable:	Area: Laboratorio
Equipo / Marca / Modelo: Gasómetro - Siemens - EPOC NXS HOST - 544DRoW	Contador / Hrs.:
Serie: T1H12XNB01309	Teléfono:
Fecha programada: 29/10/2025	Hora programada: 08:00:00

Descripción del problema:
Se recibe equipo EPOC - Siemens enviado por NERV, luego de que cliente reporte error E8.

Dentro de garantía: No	Fecha de conclusión: 31-12-1969
Tipo de Servicio	

Diagnóstico	<input checked="" type="checkbox"/>	Revisión general de equipo	<input checked="" type="checkbox"/>
-------------	-------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Otros:

Descripción servicio realizado:
Ingeniería realizó limpieza interna y externa del equipo y verificación y limpieza de sensores.
Asesoría procede a realizar pruebas en el equipo. Se verifica la integridad de las tarjetas, para verificar que no existan daños relacionados al transporte, se observa que se encuentran todas en condiciones correctas.
Se realizan 5 pruebas con las tarjetas enviadas, obteniendo resultados según lo esperado. Sólo se replicó el error cuando se introdujo una tarjeta previamente usada.

Material Utilizado		
Código	Descripción	Cant.

Impresión técnica / recomendaciones:
El equipo se encuentra funcionando de manera correcta.
Siguiendo las recomendaciones del fabricante, no fue posible replicar el error notificado por el usuario.
Se recomienda verificar la integridad de las tarjetas al momento de abrir las, de tal manera de comprobar que la ampolla de calibración se encuentra intacta, considerando que en caso de estar rota, el líquido se libera prematuramente y es detectado al momento de introducir la tarjeta, generando el error

Inicio del servicio	Fin del servicio
Fecha: 2025-10-31	Fecha: 2025-10-31
Hora: 10:55:49	Hora: 10:55:49

Comentario del responsable:
No hay recomendación

¿Se ha informado el estado inicial del equipo / instrumento al cliente?	<input type="checkbox"/> Realizado	Responsable del servicio
¿Se ha informado al cliente de las acciones tomadas?	<input type="checkbox"/> Realizado	
¿Se han hecho los registros en la bitácora del equipo?	<input type="checkbox"/> Realizado	
Fecha de la próxima visita	2025-10-31	

Certificación de aprobación					
Dirección IP	Fecha	Dispositivo	Aprobación	Firma	Celular médico
-	-	-	No	-	-
Estado final del equipo: _____ Operativo _____					
_____ Vo. Bo. Firma del cliente					

Estimado cliente: por favor tomar nota que al firmar este formulario acepta las condiciones del mismo.