

 <div>Inter Science Ltda.</div>	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 abrirlas, 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="text" value="Realizado"/>	Responsable del servicio		
¿Se ha informado al cliente de las acciones tomadas?		<input type="text" value="Realizado"/>			
¿Se han hecho los registros en la bitácora del equipo?		<input type="text" value="Realizado"/>			
Fecha de la próxima visita		<input type="text" value="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.					