

FECHA: 5 / 11 / 2020

Cliente: HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO

Dirección: AV. VIDUA

Ciudad: COQUIMBO

Fono contacto: _____

Equipo/Sistema: IBON

Marca: QUARA SYSTEM

Modelo: IBON TM

Serie: CYT 0102-0119

Servicio:

☒ Mant Preventiva ☐ Mant Correctiva ☐ Otro (especificar) _____

Tipo de falla:

☐ Pieza quebrada ☐ Accesorio ☐ Ajuste/ Calibración ☐ Cambio repuesto

☐ Mecánica ☐ Eléctrica ☐ Software ☐ Alimentación / Batería

☐ Otra (especificar) _____

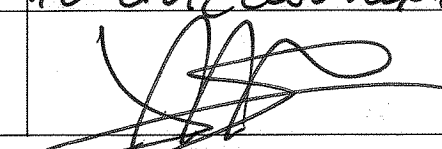
Descripción Trabajo:

- SE REALIZA MANUTENCIÓN COMPLETA A EQUIPO.
- SE REALIZA DRENAJE Y LLENADO DE AGUA PURIFICADA.
- SE REALIZA CAMBIO DE FILTROS DE CARBÓN
- SE REALIZA CAMBIO DE FILTRO DE HUMEDAD.
- SE REALIZA AJUSTE DE EQUIPO
- EQUIPO 100% OPERATIVO.

Hora Inicio:

Hora Terminó:

Nombre	<u>CHRISTIAN FERRAZ</u>
Cargo	<u>ING. ELECTRICISTA</u>
Firma	
CLIENTE	

Nombre	<u>SERGE FERRANDOZ</u>
Cargo	<u>ING. CIVIL ELECTRICISTA</u>
Firma	
CENCOMEX	