

FECHA: 24 / 9 / 2020

Cliente: HOSPITAL DE ASTU
Dirección: RAMÓN FREIRE #852
Ciudad: ASTU Fono contacto: _____

Equipo/Sistema: LASER Marca: QUANTA SYSTEM
Modelo: CYBER TM Serie: CYT 1763 - 0918

Servicio:

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

Tipo de falla:

☐ Pieza quebrada ☐ Accesorio ☐ Ajuste/ Calibración ☐ Cambio repuesto
☐ Mecánica ☐ Eléctrica ☐ Software ☐ Alimentación / Batería
☐ Otra (especificar) _____

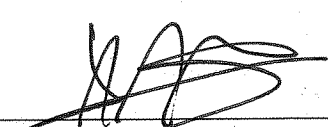
Descripción Trabajo:

- SE REALIZA REVISIÓN GENERAL DE EQUIPO.
- SE REVISAN FUNCIONAMIENTO DE CHILLERS
- SE REALIZA ALIMENTACIÓN DE EQUIPO.

Hora Inicio:

Hora Terminó:

Nombre	<u>Jorge Luis Silva</u>
Cargo	<u>Equipos Medicos</u>
Firma	
CLIENTE	

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