ÁREA BIOMÉDICA
ORDEN DE SERVICIO

FOLIO
FECHA: / /
HORA: :
ATENCIÓN A LA SOLICITUD No:

DEPARTAMENTO:
Atención a:

DATOS DEL PROVEEDOR:
Razón social:
Nombre del ingeniero:
Firma: _____
Tipo de servicio: ◯ Póliza de garantía ◯ Póliza de servicio ◯ Contratación por evento

DATOS DE EQUIPO	SERVICIO
Tipo de equipo: Marca: Modelo: Núm. De serie:	Tipo de servicio: ◯Preventivo ◯Correctivo ◯ Revisión ◯Instalación ◯Desinstalación ◯ Otro Reporte:

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO

_____
_____
_____
_____
_____

ESTADO DEL EQUIPO:
Equipo de deja

O Funcionando correctamente O Funcionando con reservas O Sin operar temporalmente O Solicitar baja

REFACCIONES Y/O ACCESORIOS UTILIZADOS O REQUERIDOS.

OBSERVACIONES

_____ Nombre y firma del responsable de área	_____ Nombre y firma Biomédico CEMA

ANEXO:

EVIDENCIA FOTOGRAFICA:

Antes
Durante
Después