

MP

IN CUANTO 06/2/20/05/H 1167-00-001

SIEMENS

Reporte de Servicio Técnico No.

Clase Servicio :
 Pto. Trab. :
 Tipo de Servicio :
 Descripción :
 No. Personal :
 No. Cliente :
 Nombre :
 Dirección :
 Teléfono :
 Dirección :
 Objeto Costos :
 No. Serie :
 Equipo :
 Solicitado por :
 Dir. Sucesal :
 Sucesal :
 Int. Aba. de C. Utrera :
 No. Serie :
 Equipo :
 Solicitado por :
 Dir. Sucesal :
 Sucesal :
 Int. Aba. de C. Utrera :
 No. Serie :
 Equipo :
 Solicitado por :
 Dir. Sucesal :
 Sucesal :
 Int. Aba. de C. Utrera :

Dia	Mes	Año	Act.		Horas de Viaje		Horas de Trabajo		Total
			Act.	Salida	Salida	Llegada	Normal	Extra	
09	03	15			1:00	10:00	1:5		
05	03	15			7:00	9:30	1:5		
05	03	15			9:30	11:00	1:5		
05	03	15			12:30	17:30	5		
05	03	15			17:30	19:30	2		
TOTAL					19:00	28:00	11	5	16

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla:
 Trabajo realizado:
 Se realiza mantenimiento preventivo de acuerdo a Anexo 402 232, disparar shock head, 107 016, 107 016, Equipos funcionando

Garantías: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.
 En caso de no poder obtener los gastos de viajes adicionales que se ocasionaran para conseguirlos, el derecho de facturar los gastos de facturar y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos. INSTITUTO NACIONAL DE CERCAMAS NACIONALES APLICACION INDUSTRIAL DE CERCAMAS NACIONALES
 Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos.
 Comentarlos del Cliente

Fecha y hora de realización: 07 MAR 2015
 Firma y sello del Cliente:
 Firma en conformidad con poder: [Firma]
 No. de Dete Técnico: [Firma]
 Comercial/Servicio: [Firma]
 Fecha: [Firma]
 Apellido: [Firma]
 Firma: [Firma]

Protocolo de Mantenimiento Preventivo Healthcare / SP / Lithostar Modularis URO

Fecha: 05/03/15

Cliente: Inst. Nacional de Ciencias Med. y Nutrión	Departamento / Sala: Urología
Equipo:	No. De Serie: 1172
Número de Reporte: 40400007597e	Fecha de Preventivo: 04/05/03/15

Actividades	SI	NA
1. Inspección mecánica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Checar todas las cubiertas por posible daño mecánico.		
✓ Checar el cableado externo e interno por posible daño, o falta de aislamiento.		
2.- Inspección eléctrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Checar el voltaje de línea que esté dentro de la tolerancia establecida.		
✓ Checar el buen contacto del cableado de aterrizaje en todas las cubiertas.		
3.- Mantenimiento Preventivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Checar frenado y liberación del brazo cabezal de onda de choque y su nivelamiento.		
✓ Checar frenado y liberación de transporte del equipo.		
✓ Checar lubricación de baleros en guías quitando el exceso que quedare.		
✓ Checar amortiguador valorando juego que tuviera la basculación manual de la mesa.		
✓ Checar y reemplazar baterías del sistema.		
✓ Evaluar el error Log del sistema.		
✓ Evaluar el isocentro acoplando el equipo a la fluoroscopia y corregir si fuere necesario.		
✓ Checar los bloques y funciones de la fluoroscopia desde el equipo.		
✓ Registrar en bitácora el número de disparos del sistema (SWH y Unidad de carga).		
4.- Reporte de Actividades del sistema de agua	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Drenar circuito hidráulico, lavar depósito, bomba de acoplamiento, filtro, y membrana.		
✓ Valorar desgaste de la membrana del cabezal, y en su caso reemplazarla.		
✓ Llenar y ajustar nivel de agua destilada nueva de acuerdo al instructivo de servicio.		
✓ Eliminar burbujas del cabezal efectuando el "enjuague" repetidas veces.		
5.- Inspección de funciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Realizar control de movimientos con y sin pedales, y funciones del sistema de mando.		

Instrumentos de medición

Instrumento	Multímetro Fluke 937 90123
Identificación/No. de Serie	

Anotaciones

Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición Zuhair Zuhair	13 MAR 2015	Nombre y Firma Ingeniero: <i>Raul S. S. S.</i>	Fecha: 05/03/15
Nombre y Firma Cliente: <i>Biomédica</i>	Nombre y Firma Cliente: <i>Biomédica</i>	Fecha: <i>05/03/15</i>	
Call Center			



Reporte de Servicio Técnico No. 40400081394

Clase Servicio: **Mantenimiento Preventivo**
 Tipo de Servicio: **Trab.**
 Pto. Trab.: **Trab.**
 ID Fiscal: **RP 00**

No. Personal: **H33403/110903IS Aguirre Jara**
 No. Cliente: **J.N.C.M. y Austria**
 Nombre: **Talpa**
 Dirección: **Av. 10 de Agosto**
 Teléfono: **40400081394**
 Técnica: **RP 00**

Mano de Obra	Fecha	Horas de Viaje			V.F.J.	Horas de Trabajo			Total
		Act.	Salida	Llegada		Desde	Hasta	Normal	
	02 09 15	8.5	11.5	3.0		11.5	13.5	5.5	8.5
	03 09 15					8.5	18.5	8.5	9.5
	07 09 15					8.5	9.5	1.0	19.0
TOTALES									

Materiales	Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Numero de Remisión

Descripción de falla: **Servicio programado.**
 Trabajo realizado: **Control de segunda medida y eléctrica.**
Mantenimiento conforme a protocolo.
Inspección de fusibles antes y al final del servicio.

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.
 En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.
 Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del Cliente: _____
 Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos: _____
 Firmas: **[Firma]**
 Apellido: **[Apellido]**
 Fecha: **07/09/15**

Contrato F.B. LIEK-00-001, Contrato no. 110400081394/2/09/05/14

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / SP / Surgery

Fecha: 03/09/2015

Cliente:	I. N. C. M. Abt. Cirugía	
Equipo:	A. H. Torres Med. de Cirugía	
Departamento / Sala:	A. H. Torres	
No. De Serie:	1172	
Fecha de Reporte:	02, 03/09/2015	
Fecha de Preventivo:	02, 03/09/2015	

Actividades	Realizada	SI	No
1.- Control de Seguridad		X	
Comprobar valor correcto de todos los fusibles		X	
Comprobar el estado de los cables externos		X	
Comprobar iluminación de lámpara roja en radioscopia y radiografía		X	
2.- Mantenimiento Preventivo		X	
Comprobar funcionamiento de conmutadores de emergencia		X	
Limpieza de partes generales, cables externos, internos del equipo		X	
Limpieza el monitor de video, consola de generador, sistema digital		X	
Limpieza de las óptica del Intensificador, cámara de televisión,		X	
Generador de RX, sistema digital, evaluación de EventLog		X	
Engrase de partes y superficies de sistemas con movimiento		X	
Verificar y reemplazar baterías del sistema		X	
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema		X	
Comprobar y ajuste de valores AC-DC en generador, monitores		X	
Comprobar y ajuste de KV, mAs, mA		X	
Comprobar y ajuste funciones de fluoroscopia		X	
Realizar protocolo de calidad de imagen		X	
3.- Inspección de funciones		X	
Realizar control de movimientos y funciones del sistema		X	

Fecha de instalación del equipo	NOM-158-SSA1-1996	Aplica
	NOM-229-SSA1-2002	X

NOTA: La NOM-229-SSA1-2002 es vigente a partir del 16 de septiembre de 2006 la cual aplica para los equipo instalados a partir de esta fecha, para los equipos instalados antes del 16 de septiembre de 2006 aplica la NOM-158-SSA1-1996

Actividades que cumple con las Especificaciones de la norma	SI	No
4.- Reporte de actividades que cumple con las Especificaciones de la norma	X	
Revisión y calibración del KVP rango de 60 a 100 KVP o mayor si el equipo lo permite en pasos de 20KV	X	
Revisión y calibración de mA para los diferentes puestos de trabajo (50mA, 100mA, 200mA, etc)	X	
Revisión y ajuste del tamaño del campo de luz con el campo de radiación. La suma de las diferencias en cada eje no sea mayor al 2% DFI y que la suma total de las diferencias no sea mayor al 3% DFI.	N.A.	
Comprobar filtro total del sistema tubo-collimador sea mayor a 2,3 mm de Al, si no es el caso resolverlo	X	

Resultados del Servicio:

Normal
 Ver las anotaciones

Anotaciones:

Nombre y Firma Ingeniero: *Alejandro Alvarez Torres*
 Fecha: 03/09/2015
 Nombre y Firma Cliente: *Enrique Hernandez*
 Call Center: *BIOMEDICA*
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición Zavador Zubiran
 07 SEP 2015

Protocolo de Mantenimiento Preventivo Healthcare / SP / Lithostar Modularis URO

Fecha: 03/09/2015

Ciente:	E.N.C.M. y Adhiron	
Equipo:	Lithostar / Modulor Uro	
No. De Serie:	1132	
Fecha de Preventivo:	02 y 03/09/2015	

Departamento / Sala:	Lithostar
Realizada	SI
	NA

Actividades	SI	NA
1. Inspección mecánica	X	
2. Inspección eléctrica	X	
3. Mantenimiento Preventivo	X	
4. Reporte de Actividades del sistema de agua	X	
5. Inspección de funciones	X	
Realizar control de movimientos con y sin pedales, y funciones del sistema de	X	

s de medición

Instrumento	
Identificación/No. de Serie	

Anotaciones

Instituto Nacional de Ciencias
Médicas de Nutrición-Zalvador Zubiran

07 SEP 2015

Nombre y Firma Ingeniero:	Alfonso Aguilar Lopez	Fecha:	03/09/2015
Nombre y Firma Cliente:	XXXXXXXXXX	Fecha:	Ensayo Alvarez J
Call Center			

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / SP / Equipos Mobiles

Fecha: 3/03/15

Cliente: INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION	Departamento / Sala: Rx
Equipo: mobilet xp digital	No. De Serie: 1046
Número de Reporte: 40400075453	Fecha de Preventivo: 3/03/15

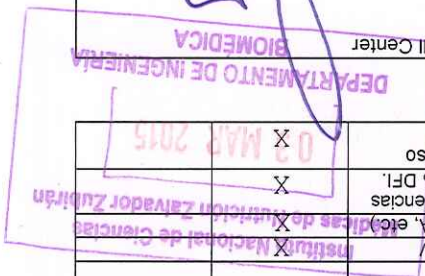
Actividades	SI	N/A
1.- Inspección visual		
Comprobación cubiertas y panel de control	X	
Comprobar cables de exposición, corrugado y de alimentación eléctrica	X	
2.- Comprobación de tornillos		
En compartimiento de chasis radiográficos	X	
En ruedas y liberación de frenos	X	
En base de transporte y emisor de rayos x	X	
3.- Mantenimiento Preventivo		
Limpieza de partes generales, cables externos, partes internas	X	
Limpieza y lubricación de ruedas de transporte	X	
Verificar y reemplazar baterías del sistema	X	
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema	X	
Comprobar y ajuste de valores de AC-DC	X	
Comprobar y ajuste de KV, mAs, mA de acuerdo a protocolo	X	
Verificar señalización con luz o sonido de exposición de radiación	X	
Comprobar ajustes mecánicos de escalas de movimientos del sistema	X	
Comprobar y ajustar la linealidad del campo de RX con luz	X	
Comprobar movimiento del colimador	X	
4.- Inspección de funciones		
Realizar control de movimientos y funciones del sistema	X	
5.- Opción DIGITAL		
Evaluación de ganancia y contraste en imagen (SNR)	X	
Evaluación de calidad de imagen con Phantom RMI	X	
Revisión de computadora de adquisición	X	
Evaluación de calidad de imagen en monitores	X	
Verificación de envío de imágenes a impresora y archivo (solo si aplica)	X	
Respaldo de Configuración y SW	X	

Fecha de instalación del equipo	NOM-158-SSA1-1996	SSA1-2002	Aplica
			X

NOTA: La NOM-229-SSA1-2002 es vigente a partir del 16 de septiembre de 2006 la cual aplica para los equipos instalados a partir de esta fecha, para los equipos instalados antes del 16 de septiembre de 2006 aplica la NOM-158-SSA1-1996

Actividades	SI	No
6.- Reporte de Actividades que cumple con las Especificaciones de la norma		
Revisión y calibración del KVP rango de 60 a 100 KVP o mayor si el equipo lo permite en pasos de 20KV	X	
Revisión y calibración de mA para los diferentes puestos de trabajo (50mA, 100mA, 200mA, etc)	X	
Revisión y ajuste del tamaño del campo de luz con el campo de radiación. La s suma de las diferencias en cada eje no sea mayor al 2% DFI y que la suma total de las diferencias no sea mayor al 3% DFI.	X	
Comprobar filtro total del sistema tubo-colimador sea mayor a 2.3 mm de Al, si no es el caso resolverlo	X	

Nombre y Firma Ingeniero:	Armando Avila Maurer	Fecha:	3-03-2015
Nombre y Firma Cliente:	<i>[Firma]</i>	Call Center	



SIEMENS

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / SP / Equipos Mobiles

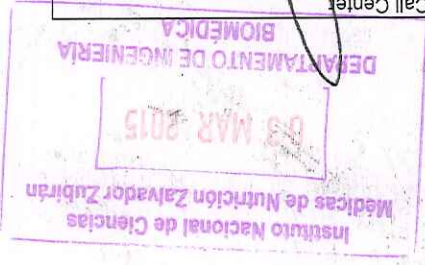
Fecha: 3/03/15

Cliente: INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION	Departamento / Sala: Rx
Equipo: mobilett xp digital	No. De Serie: 1046
Número de Reporte: 40400075453	Fecha de Preventivo: 3/03/15

Resultados del Servicio:

- Normal
- Ver las anotaciones

Anotaciones:



Nombre y Firma Ingeiero:	Nombre y Firma Cliente:	Fecha:
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	Fecha: 3-03-2015

F-Med-850/P005-06 (03.11)

INEN/10706/02/05/14

MP

Clase Servicio: **Mantenimiento Preventivo**
 Pto. Trab.: **MH20602**
 ID Fiscal: **40400081351**

No. Personal: **473439** Jose Luis Ortiz
 No. Cliente: **IN Nutricion**
 Nombre: **IN Nutricion**
 Direccion: **IN Nutricion**
 Telefono: **RX mobil**
 No. Serie: **1046**
 Equipo: **mobilett digital**

Mano de Obra		Horas de Viaje		Horas de Trabajo		Total
Fecha	Act.	Salida	Llegada	Viaje	Normal	Extra
01/09/15	10:30	11:30	1:0	11:30	17:30	6.0
						3.0
TOTALES						

Materiales	n	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Numero de Remisión

Descripción de falla: **Se realiza mantenimiento preventivo de acuerdo a protocolo anexo: limpieza, lubricación y verificación de estado físico y funcionamiento general**

Trabajo realizado: **Trabajo Terminado () Si () No**

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario. En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos. Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de oficinas medicas y nutrición. SATVADOR ZUBIRAN. MEDICAS Y NUTRICION. INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION. INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION. SATVADOR ZUBIRAN.

Comentarios del Cliente

Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación

Fecha: **01 sep 2015**

Recibimos a conformidad con poderes Internos y Externos

Técnicos: **Vo.Bo. Jefe Técnico Comercial/Servic.**

Firma: **José Luis Ortiz**

Apellido: **ORTIZ**

Fecha: **01 sep 2015**

Facturación: **José Luis Ortiz**

Cliente: 1 N Nutricion	Departamento / Sala: RX
Equipo: Mobilift Digital	No. De Serie: 1046
Numero de Reporte: 40400081351	Fecha de Preventivo: 01 SEP 15

Fecha: **01 SEP 15**

Actividades	SI	Realizada
1.- Inspección visual	SI	Realizada
Comprobación cubiertas y panel de control.	/	
Comprobar cables de exposición, corrugado y de alimentación eléctrica	/	
2.- Comprobación de tornillos	/	
En compartimiento de chasis radiográficos	/	
En ruedas y liberación de frenos	/	
En base de transporte y emisor de rayos x	/	
3.- Mantenimiento Preventivo	/	
Limpieza de partes generales, cables externos, partes internas	/	
Limpieza y lubricación de ruedas de transporte	/	
Verificar y reemplazar baterías del sistema	/	
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema	/	
Comprobar y ajuste de valores de AC-DC	/	
Comprobar y ajuste de KV, mAs, mA de acuerdo a protocolo	/	
Verificar señalización con luz o sonido de exposición de radiación	/	
Comprobar ajustes mecánicos de escalas de movimientos del sistema	/	
Comprobar y ajustar la linealidad del campo de RX con luz	/	
Comprobar movimiento del colimador	/	
4.- Inspección de funciones	/	
Realizar control de movimientos y funciones del sistema	/	
5.- Opción DIGITAL	/	
Evaluación de ganancia y contraste en imagen (SNR)	/	
Evaluación de calidad de imagen con Phantom RMI	/	
Revisión de computadora de adquisición	/	
Evaluación de imagen en monitores	/	
Verificación de envío de imágenes a impresora y archivo (solo si aplica)	/	
Respaldo de Configuración y SW	/	

Fecha de instalación del equipo	NOM-158-SSA1-1996	Aplica
	NOM-229-SSA1-2002	

NOTA: La NOM-229-SSA1-2002 es vigente a partir del 16 de septiembre de 2006 la cual aplica para los equipo instalados a partir de esta fecha, para los equipos instalados antes del 16 de septiembre de 2006 aplica la NOM-158-SSA1-1996

Actividades	SI	No
6.- Reporte de Actividades que cumple con las Especificaciones de la norma	SI	
Revisión y calibración del KVP rango de 50 a 100 KVP o mayor si el equipo lo permite en pasos de 20KV	/	
Revisión y calibración de mA para los diferentes puestos de trabajo (50mA, 100mA, 200mA, etc.)	/	
Revisión y ajuste del tamaño del campo de luz con el campo de radiación. La s suma de las diferencias en cada eje no sea mayor al 2% DFI Y que la suma al total de las diferencias no sea mayor al 3% DFI.	/	
Comprobar filtro total del sistema tubo-colimador sea mayor a 2,3 mm de Al, si no es el caso resolverlo	/	

Nombre y Firma Ingeniero:	Fecha:
<i>[Firma]</i>	01 SEP 15
Nombre y Firma Cliente:	Fecha:
<i>[Firma]</i>	01 SEP 2015

Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición Salvador Zubirán

DEPARTAMENTO DE INGENIERIA

01 SEP 2015

Call Center

Clase Servicio : Mantimiento
 Pto. Trab. : MM207003 REYES SANCHEZ VERONICA
 ID Fiscal :
 Descripción: Mantimiento
 Ord. Serv. : 404000074560
 Fecha :
 Hora :
 Consecutivo :

No. Personal : 475663 REYES SANCHEZ VERONICA
 No. Cliente :
 Nombre :
 Dirección :
 Teléfono :
 Técnica :
 Objeto Costos :
 Sucursal :
 Dir. Sucursal :
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
 Solicitado por :
 Equipo :
 No. Serie :
 URG-RX-005
 Sonohne artiles
 11814

Mano de Obra		Horas de Viaje		Horas de Trabajo	
Fecha	Act. Año	Salida	Llegada	VFJ	Desde
24 02 15		20:00		1	15:00
					19:00
					2:5
					1.5
Total					

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión
Materiales				

Descripción de falla:
 Trabajo realizado:
 Se realiza mantenimiento preventivo de acuerdo al protocolo de servicio Siemens
 Se entrega equipo funcionando correctamente

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.
 En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.
 Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición Salvador Zubirán
 DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos
 Vo. Bo. Jefe Técnico Comercial/Servicio
 Ing. VERONICA REYES SANCHEZ
 24 Feb/2015
 Apellido
 Fecha

Fecha: _____
 Firma y sello del cliente
 Cliente: _____
 F-Med-850/P001-01 (09.05)

INCMA 1070612/AD105114

MP

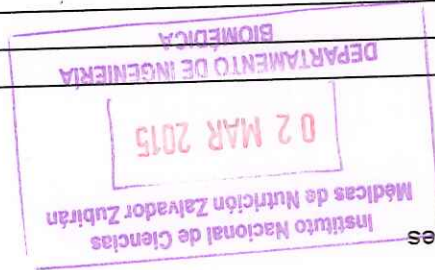
SIEMENS

Protocolo de Servicio ULTRASONIDO

Fecha: 24.Feb.2015

Departamento:	Sab T
No. De Serie:	111814
Equipo:	SONOLINE ANTARES
Servicio:	MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Realizada?	SI	N.A	Actividades
✓			1. Dialogo con el usuario/cliente
✓			2. Limpieza del equipo
✓			3. Limpieza e inspección de todos los transductores
✓			4. Limpieza de filtros
✓			5. Revisión de las ruedas y sus frenos
✓			6. Revisión del monitor
✓			7. Revisión del cable de red
✓			8. Revisión de los ventiladores
✓			9. Medición del voltaje de red
✓			10. Pruebas de autodiagnóstico / patrones de prueba - Mediciones de fuentes
✓			11. Calidad de imagen y transductores
✓			12. Revisión de los periféricos de documentación
✓			13. Revisión de Router SRS
✓			14. Ruta estática con Servidor Malvern SRS
✓			15. Conectividad con Servidor Malvern SRS
✓			16. Configuración de FTP
✓			17. System Management Instalado Correctamente



Resultados del Servicio: Normal Ver las observaciones

Observaciones:

Nombre y Firma Ingeniero:	<i>[Signature]</i>
Nombre y Firma Cliente:	Dr. Roque Dimickiz
Fecha:	24 Feb. 2015
Nombre y Firma Jefe Técnico:	<i>[Signature]</i>
Fecha:	02 MAR 2015

Clase Servicio: **Preventivo** Descripción: **Mantho. Preventivo** Ord. Serv.: **404000080640**

ID Fiscal: : Pto. Trab.: MM207008
 Tipo de Servicio: **Preventivo**
 Fecha: : Hora: : Consecutivo: :

No. Personal: 476648 MARTINEZ BERNAL RAFAEL OMAR
 No. Cliente: **INCMAN**
 Nombre: **Instituto Nacional de Ciencias Médicas y**
 Dirección: **Adolfo Luján, México, D.F.**
 Teléfono: **11814**
 Técnica: **Ultrasonido**
 Objeto Costos: **SONOLINE ANTRAS**
 No. Serie: **11814**

Mano de Obra		Horas de Viaje		Horas de Trabajo		Total		
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	
21	08	15	12:30	21:00	2:05	1:5	8.5	
TOTALES						2.5	1.5	8.5

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: **Mantho. Preventivo**

Trabajo realizado: **Se realiza mantho preventivo de acuerdo al protocolo de servicio antes de entrega funcionando correctamente el equipo.**

Trabajo Terminado (SI) (No)

Nota: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 90 días calendario.
 En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.
 Estoy de acuerdo en que una vez terminados los trabajos y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.
 Comentarios del Cliente

Firmas en conformidad con poderes internos y Externos		Firma	
Vo.Bo. Jefe Técnico		MARTINEZ BERNAL	
Comercial/Servic.		21/08/15	
Fecha:		Fecha:	
Firma y sello del Cliente		Firma	
Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación		Firma	

SIEMENS

Protocolo de Servicio ULTRASONIDO

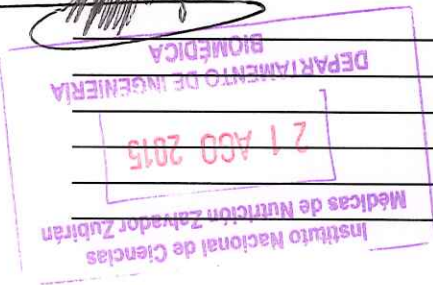
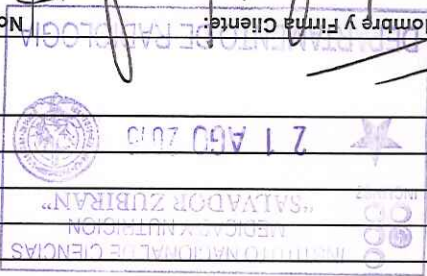
Fecha: 21/08/15

Cliente:	ICMUN
Equipo:	Sonoline Antares
Servicio:	Manten. Preventivo
Departamento:	Ultrasonido
No. De Serie:	111814
Versión Software:	3.5.103

Realizada?	SI	N.A	Actividades
/	/	/	1. Dialogo con el usuario/cliente
/	/	/	2. Limpieza del equipo
/	/	/	3. Limpieza e inspección de todos los transductores
/	/	/	4. Limpieza de filtros
/	/	/	5. Revisión de las ruedas y sus frenos
/	/	/	6. Revisión del monitor
/	/	/	7. Revisión del cable de red
/	/	/	8. Revisión de los ventiladores
/	/	/	9. Medición del voltaje de red
/	/	/	10. Pruebas de autodiagnóstico / patrones de prueba - Mediciones de fuentes
/	/	/	11. Calidad de imagen y transductores
/	/	/	12. Revisión de los periféricos de documentación
/	/	/	13. Revisión de Router SRS
/	/	/	14. Ruta estática con Servidor Malvern SRS
/	/	/	15. Conectividad con Servidor Malvern SRS
/	/	/	16. Configuración de FTP
/	/	/	17. System Management Instalado Correctamente

Resultados del Servicio: Normal Ver las observaciones

Observaciones: Ninguna



Nombre y Firma Ingeniero: Ing. Rafael Martínez
 Nombre y Firma Cliente: Lic. Rafael Martínez
 Fecha: 21/08/15
 Nombre y Firma Jefe Técnico: Ing. Jorge Morales
 Fecha: 21/08/15

INCUM/300/PAD/05/14

UR6-RX-007

(48)

Clase Servicio : Descripción: **Preventivo**
 Pco.Trab. : MM204007 SANCHEZ GUERRERO CARLOS FELIPE
 ID Fiscal :

No. Personal : 11511983 SANCHEZ GUERRERO CARLOS
 No. Cliente :
 Nombre :
 Dirección :
 Teléfono :
 Técnica :
 Objeto Costos :
 Sucursal Inst. de Ciencias Médicas y Nutrición :
 Dír. Sucursal :
 Solicitado por :
 Equipo :
 No. Serie : 113195

Mano de Obra		Horas de Viaje		Horas de Trabajo		Total	
Fecha	Act.	Salida	Llegada	Viaje	Desde	Hasta	Extra
25 Feb 15							
TOTALS							

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: **Mano de obra Preventiva**

Trabajo realizado: **Se realizó preventivo conforme a protocolo**

Se dice **Preventivo**

Trabajo Terminado () Si () No

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.

En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionaran para conseguirlos.

Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, materiales y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del Cliente

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos

Técnicos : Yo. Bo. Jefe Técnico Comercial/Servicio

Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales refaccionados en este reporte y aceptamos su facturación

Firma y sello del Cliente

Fecha:

Apellido: SANCHEZ GUERRERO
 Fecha: 25 FEB 2015

SIEMENS

Protocolo de Servicio ULTRASONIDO

Fecha: 25-2-15

Cliente:	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Equipo:	Sonoline Ambros
Servicio:	Proventivo
Departamento:	KX
No. De Serie:	113195
Versión Software:	4.0.105A

Realizada?	SI	N.A	Actividades
/	/		1. Dialogo con el usuario/cliente
/	/		2. Limpieza del equipo
/	/		3. Limpieza e inspección de todos los transductores
/	/		4. Limpieza de filtros
/	/		5. Revisión de las ruedas y sus frenos
/	/		6. Revisión del monitor
/	/		7. Revisión del cable de red
/	/		8. Revisión de los ventiladores
/	/		9. Medición del voltaje de red
/	/		10. Pruebas de autodiagnóstico / patrones de prueba - Mediciones de fuentes
/	/		11. Calidad de imagen y transductores
/	/		12. Revisión de los periféricos de documentación
/	/		13. Revisión de Router SRS
/	/		14. Ruta estática con Servidor Malvern SRS
/	/		15. Conectividad con Servidor Malvern SRS
/	/		16. Configuración de FTP
/	/		17. System Management Instalado Correctamente

Resultados del Servicio:

- Normal
 Ver las observaciones

Observaciones:

Se dio finciendo correctamente

Nombre y Firma Ingeniero: Ing. Carlos Sanchez	Nombre y Firma Cliente: Lic. Felipe Jimenez	Fecha: 25-2-15
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición		Fecha: 25 FEB 2015
"SALVADOR ZUBIRÁN"		25 FEB 2015
INCINNSZ		DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA
FIMED-850/P005-07 INGENIERIA BROM (0314)		

Reporte de Servicio Técnico No. 606 - RX-003

INCAN/0706/20/051/14

MP

R

40400080626

Clase Servicio	Preventivo
Descripción	Manto Preventivo
Ord. Serv.	
Fecha	
Hora	
Consecutivo	

No. Personal	: 47648 MARTINEZ BERNAL RAFAEL OMAR
No. Cliente	: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Mexi D.F.
Nombre	:
Dirección	:
Teléfono	:
Técnica	: ULTRASONIDO

Mano de Obra		Horas de Viaje				Horas de Trabajo			
Fecha	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra
20 08 15		11:30	20:30	2.0		14:00	18:30	3.5	1.0
TOTALS									
				2.0				3.5	1.0
									9.0

Material	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: Manto Preventivo

Trabajo realizado: Se realiza manto preventivo de acuerdo al protocolo de servicio anexo. Se entrega funcionando correctamente el equipo.

Trabajo Terminado () SI () NO

En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.

Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del cliente

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos	Vo.Bo. Jefe Técnico Comercial/Servic.	Técnicos
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
Fecha	Apellido	Firma
20/08/15	MARTINEZ BERNAL	<i>[Signature]</i>

Fecha: *[Signature]*

Firma y sello del cliente

Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION

20 AGO 2015

SIEMENS

Protocolo de Servicio ULTRASONIDO

Fecha: 20/08/15

Cliente:	MUCMA
Equipo:	Sonoline Antares
Servicio:	Manten. Preventivo
Departamento:	Ultrasonido
No. De Serie:	113195
Versión Software:	3.5.103

Realizada?	SI	N.A	Actividades
/	/	/	1. Dialogo con el usuario/cliente
/	/	/	2. Limpieza del equipo
/	/	/	3. Limpieza e inspección de todos los transductores
/	/	/	4. Limpieza de filtros
/	/	/	5. Revisión de las ruedas y sus frenos
/	/	/	6. Revisión del monitor
/	/	/	7. Revisión del cable de red
/	/	/	8. Revisión de los ventiladores
/	/	/	9. Medición del voltaje de red
/	/	/	10. Pruebas de autodiagnóstico / patrones de prueba - Mediciones de fuentes
/	/	/	11. Calidad de imagen y transductores
/	/	/	12. Revisión de los periféricos de documentación
/	/	/	13. Revisión de Router SRS
/	/	/	14. Ruta estática con Servidor Malvern SRS
/	/	/	15. Conectividad con Servidor Malvern SRS
/	/	/	16. Configuración de FTP
/	/	/	17. System Management Instalado Correctamente

Resultados del Servicio: Normal Ver las observaciones

Observaciones: *Normal*

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"
20 AGO 2015
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"
20 AGO 2015
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA

Nombre y Firma Ingeniero:	Ing. Rafael Martínez	Fecha:	20/08/15
Nombre y Firma Cliente:	Lic. Royal Martínez	Fecha:	
Nombre y Firma Jefe Técnico:	Ing. Jorge Morales	Fecha:	

Clase Servicio	:	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
Tipo de Serv.	:	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
Pto. Trab.	:	MM203005 ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS
ID Fiscal	:	

No. Personal	:	473411 NG. DANIEL TAMARIZ F.
No. Cliente	:	
Nombre	:	INST. NAT. DE CIENCIAS MED. Y NUT.
Dirección	:	VASCO DE QUIROGA NO. 15
Teléfono	:	
Técnica	:	TOMOGRAFIA

Mano de Obra	Fecha	Horas de Viaje				Horas de Trabajo				
		Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFU	Desde	Hasta	Normal	Extra
	26 FEB 2015	11:00		22:00	1:00	12:00	21:00	5:50	3:50	11:00
TOTAL										

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Numero de Remisión

Descripción de falla: MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Trabajo realizado:

SE REALIZO EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACUERDO AL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO ANEXO, SE DA LIMPIEZA GENERAL AL EQUIPO, SE CHECA LA CALIDAD DE IMAGEN

CUNADOR DE DISPAROS = 319 012 955.

EL EQUIPO TRABAJA BIEN EN LAS PRUEBAS

Trabajo Terminado (X) SI () NO

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.

En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionen para conseguirlos.

Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios facturados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas.

Medicas de Nutricion Salvador Zubiran

DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA

26 FEB 2015

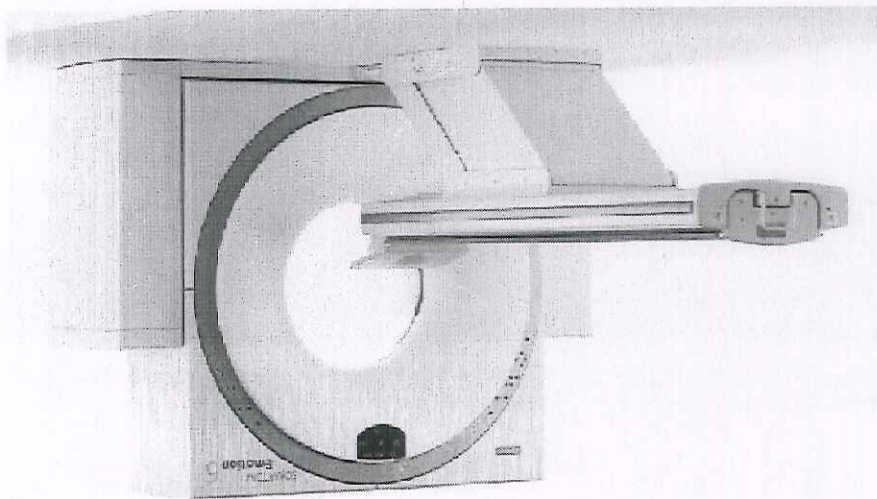
INCMSZ

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

Recibimos a satisfacción los trabajos y aceptamos su facturación

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos	Vo.Bo. Jefe Técnico Comercial/Servic.	ING. TAMARIZ
Técnicos		
Apellido	Firma	Fecha

SIEMENS



SOMATOM

CT

Protocolo de Mantenimiento

Hospital: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION

SENSATION 64

Num. Serie: 54577

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS

Fecha de Mantenimiento: 26 DE FEBRERO DEL 2015

MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

Num. de Reporte: 40400074395

Realizó: ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS

Recibido:

Fecha:

Firma:

Lic. Rafael Alvarez

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA



26 FEB 2015



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
Médicas de Nutrición Salvador Zubiran
26 FEB 2015
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA
BIOMÉDICA

SIEMENS

DATOS GENERALES.

OFICINA SIEMENS: SIEMENS SERVICIOS SA DE CV

DIRECCION: AV. Ejercito Nacional No. 350 3ºPiso Col. Polanco V sección

REGION: MESOAMERICA

PAIS: MEXICO

CSE: ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS

DATOS DEL EQUIPO.

SISTEMA: SOMATOM SENSATION 64


No. SERIE: 54577

VERSION DE SOFTWARE: VB30B

EVALUACION DE LAS CONDICIONES DEL EQUIPO.

	EL SISTEMA NO TIENE DEFICIENCIAS. LA CALIDAD DE IMAGEN NO TIENE DIFERENCIAS.
	EL SISTEMA Y COMPONENTES NO TIENEN SEVERAS DEFICIENCIAS PUEDE CONTINUAR EN OPERACION. SIN EMBARGO ES NECESARIO CORREGIR LAS DEFICIENCIAS
B/EU	EL SISTEMA Y COMPONENTES TIENEN SEVERAS DEFICIENCIAS. POR RAZONES DE SEGURIDAD, SOLO PUEDE CONTINUAR EN OPERACION DESPUES DE CORREGIR LAS DEFICIENCIAS.

DESPUES DE COMPLETAR TODOS LOS PASOS, UNA EVALUACION COMPLETA FUE REALIZADA AL EQUIPO.

FIRMA: 

NOMBRE: ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS

FECHA: 26/02/2015

Protocolo de Mantenimiento

DMS
TRANSMISION DE DATOS
RECEPCION DE DATOS
SPIKES

REVISION/REEMPLAZO DE UPS
UPS REVISADO
UPS REEMPLAZADO

BACKUP DE TABLAS
SW-SETTINGS
CT-SCANNER

CALIDAD DE IMAGEN

CONTADOR DE DISPAROS DEL TUBO DE RAYOS X

C.D. = 319 042 S/SEG

RS
REVISION DE ROUTER SRS
RUTA ESTÁTICA CON SERVIDOR MALVERN SRS
CONECTIVIDAD CON SERVIDOR MALVERN SRS
CONFIGURACIÓN DE FTP
SYSTEM MANAGEMENT INSTALADO CORRECTAMENTE

		/
		/
		/
		/
		/
		/
		/
		/

	OK	no	n.a.
Notas	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
Constancia <i>OK</i>	X		

Clase Servicio	:	Descripción:
Tipo de Servicio	:	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
Pro. Trab.	:	MM203005 ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS
ID Fiscal	:	

No. Personal	:	473411 ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS	Objeto Costos	:	
No. Cliente	:		Sucursal	:	
Nombre	:	INST. NAT. DE CIENCIAS MEDICAS Y	Dir. Sucursal	:	
Dirección	:	NUTRICION	Solicitado por	:	
Teléfono	:	CALLE VASCO DE QUIROGA No. 15	Equipo	:	
Técnica	:	TOMOGRAFIA	No. Serie	:	54577

Mano de Obra		Fecha		Horas de Viaje		Horas de Trabajo		Total		
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFL	Desde	Hasta	
29	MAY	2015		11:00	20:30	1.00	1.00	12:00	19:30	
								Normal	Extra	
								5.50	2.00	
TOTALS								1	5.5	2
										9.5

Materiales		Cantidad		Cod. Material		Descripción		Número de Remisión	

Descripción de falla: **MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

Trabajo realizado:

SE REALIZA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACUERDO AL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO ANEXO
 SE DA LIMPIEZA GENERAL AL EQUIPO, SE DA MANTENIMIENTO AL CHILLER, SE CHECA LA CALIDAD
 DE IMAGEN "CONSTANCIA" OK, EL EQUIPO RESPONDE BIEN EN LAS PRUEBAS Y AJUSTES.
 CONTADOR DE DISPAROS=398 336 S/SEG.

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.

En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.

Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del Cliente

Trabajo Terminado (X) Si () No

Firmas en conformidad con poderes internos y externos		ING. TAMARIZ	
Vo. Bo. Jefe Técnico		[Signature]	
Comercial/Servicio		[Signature]	

Fecha: 29 MAY 2015

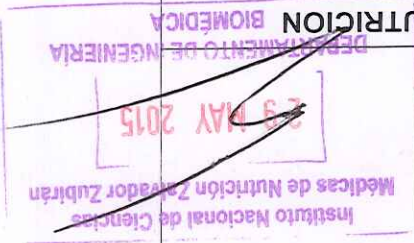
Departamento de Ingeniería

Facturación

Num. Serie: 54577
Fecha de Mantenimiento: 29 DE MAYO DEL 2015
Num. de Reporte: 404000078169
Realizó: ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS
Recibido:
Fecha:
Firma:

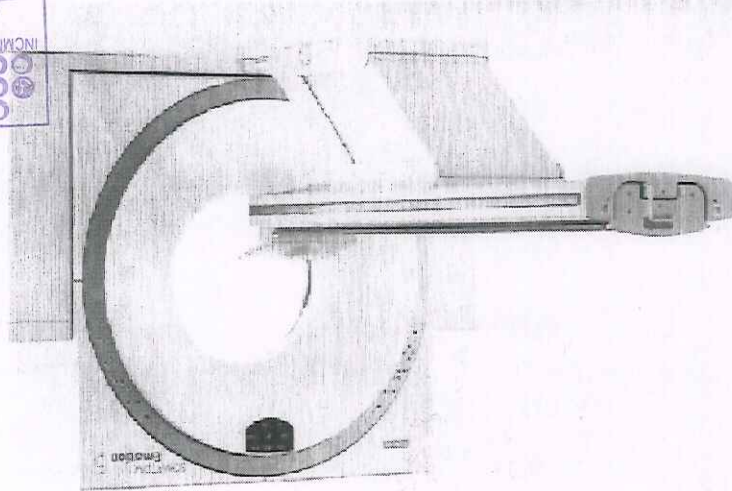
SENSATION 64

Hospital: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION BIOMEDICA
Protocolo de Mantenimiento



CT

SOMATOM



SIEMENS



SIEMENS

DATOS GENERALES.

OFICINA SIEMENS: SIEMENS SERVICIOS SA DE CV

DIRECCION: AV. Ejercito Nacional No. 350 3ºPiso Col. Polanco V sección

REGION: MESOAMERICA

PAIS: MEXICO

CSE: ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS

DATOS DEL EQUIPO.

SISTEMA: SOMATOM SENSATION 64


No. SERIE: 54577

VERSION DE SOFTWARE: VB30B

EVALUACION DE LAS CONDICIONES DEL EQUIPO.

EL SISTEMA NO TIENE DEFICIENCIAS. LA CALIDAD DE IMAGEN NO TIENE DIFERENCIAS.	B I E N
EL SISTEMA Y COMPONENTES NO TIENEN SEVERAS DEFICIENCIAS PUEDE CONTINUAR EN OPERACION. SIN EMBARGO ES NECESARIO CORREGIR LAS DEFICIENCIAS	
EL SISTEMA Y COMPONENTES TIENEN SEVERAS DEFICIENCIAS. POR RAZONES DE SEGURIDAD, SOLO PUEDE CONTINUAR EN OPERACION DESPUES DE CORREGIR LAS DEFICIENCIAS.	

DESPUES DE COMPLETAR TODOS LOS PASOS, UNA EVALUACION COMPLETA FUE REALIZADA AL EQUIPO.


FIRMA: 

NOMBRE: ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS

FECHA: 29/05/2015



EQUIPOS DE MEDICION ELECTRONICOS.

NOMBRE: ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS
FECHA: 29/05/2015
FIRMA: 

EQUIPO DE MEDICION	MARCA	NO. SERIE	FECHA	FECHA DE ULTIMA CALIBRACION
MULTIMETRO	FLUKE	91130153	29/05/2015	24/03/2015

Protocolo de Mantenimiento

EVALUACION DE REPORTES

- INSPECCION DE SEGURIDAD
- REVISION DE PAROS DE EMERGENCIA
- REVISION DE INDICADORES DE RADIACION
- REVISION DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DEL TUBO
- REVISION DE LOS INTERRUPTORES DE LIMITE DE LA PHS
- REVISION DEL EJE DEL FRENO DE LA PHS
- REVISION DEL FRENO DEL MOTOR DE LA PHS
- PRUEBA DE FUNCIONALIDAD DEL PDC

MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARTE I

- LUBRICACION DE LA NUEZ DEL EJE
- LUBRICACION DE LA PARTE ALTA Y BAJA DE LAS GUIAS DEL
- MECANISMO DE TIJERA
- LUBRICACION DE LOS RIELES DE GUIA DEL SOPORTE Y
- BLA SUPERIOR
- REVISION DEL MOVIMIENTO DEL SOPORTE Y LA TABLA
- SUPERIOR
- REVISION DEL RESORTE DE COMPRESION
- LIMPIEZA DEL FRENO DEL MOTOR DE MOVIMIENTO
- VERTICAL

MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARTE 2

- REVISION DEL PESO DE COMPENSACION DEL BRAZO DE
- SOPORTE (OPCION CARE VISION)
- GANTRY**
- REVISION DE CARBONES DE POTENCIA
- CARBONES DE POTENCIA REVISADOS
- CARBONES DE POTENCIA REEMPLAZADOS
- REVISION DE CARBONES DE DATOS
- CARBONES DE DATOS REVISADOS
- CARBONES DE DATOS REEMPLAZADOS
- REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE AIRE DEL GANTRY
- FILTRO DE AIRE REVISADO
- FILTRO DE AIRE REEMPLAZADO
- REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE MAS
- BRIGACION DEL EJE DEL COLIMADOR
- LIMPIEZA DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DEL TUBO
- REVISION DE INCLINACION DEL GANTRY
- REVISION/LIMPIEZA DE VENTILADORES DE GANTRY
- REVISION/LIMPIEZA DE PDS
- REVISION/LIMPIEZA DE DMS
- LIMPIEZA DE TORRE ICS
- LIMPIEZA DE TORRE IRS
- LIMPIEZA DEL MONITOR
- LIMPIEZA DEL MOUSE
- LIMPIEZA DEL TECLADO
- REVISION DE LOS CONTROLADORES
- CAN
- COC
- GPC
- MAR
- MAS
- ROT AP
- STOP
- XRS

	OK	no	OK	na	
Notas					
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				
	X				

Reporte de Servicio Técnico No. 40400080691

INVEN/0706/24/20/051/14

7010-R-X-002

Clase Servicio	:	Descripción:
Pto. Trab.	:	Jesus Uriel Macedonio Gutierrez
ID Fiscal	:	

No. Personal	:	489492 Jesus Uriel Macedonio Gtz.
No. Cliente	:	Instituto Nacional Ciencias Medicas y Nutricion
Nombre	:	
Dirección	:	México D.F.
Teléfono	:	
Técnica	:	TOMOGRAFIA

Mano de Obra		Horas de Viaje		Horas de Trabajo		Total	
Fecha	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta
28 08 15		12:30	19:00			14:00	17:30
TOTALS							

Materiales	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Numero de Remisión

Descripción de falla: **Mantenimiento preventivo**

Trabajo realizado: **Se realiza mantenimiento preventivo de acuerdo a protocolo anexo**

Equipo funcionando correctamente

Trabajo Terminado () Si () No

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.

En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.

Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del Cliente

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION

Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Firma y sello del cliente

Fecha:

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos

Vo. Bo. Jefe Técnico Comercial/Servic.

28/08/15

Macedonio Gtz

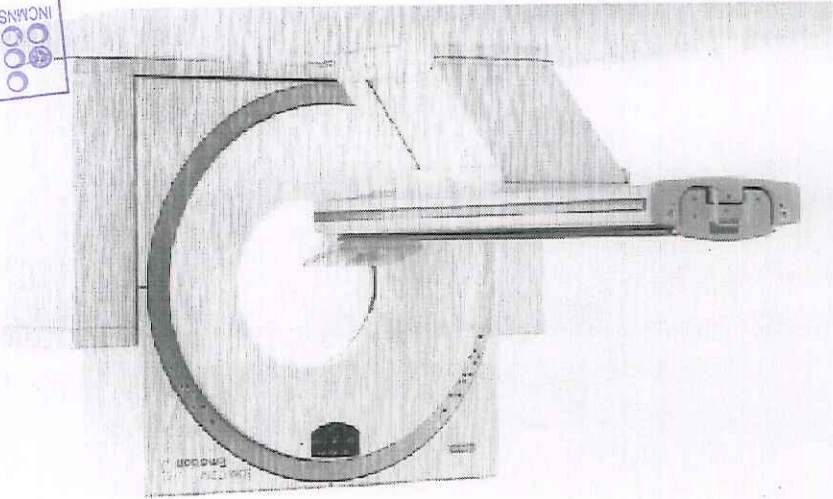
Facturación

Firma:	
Fecha:	
Recibido:	
Realizó: ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS	
Instituto Nacional de Ciencias Medicas de Nutrición Salvador Zubiran	
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMÉDICA	
28 AGO 2015	
Num. de Reporte: 404000080691	
Fecha de Mantenimiento: 28 DE AGOSTO DEL 2015	
Num. Serie: 54577	
SENSATION 64	
Hospital: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION	
Protocolo de Mantenimiento	

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"
 DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA
 28 AGO 2015
 INCAMNSZ

CT

SOMATOM



SIEMENS

SIEMENS

DATOS GENERALES.

OFICINA SIEMENS: SIEMENS SERVICIOS SA DE CV

DIRECCION: AV. Ejército Nacional No. 350 3º Piso Col. Polanco V sección

REGION: MESOAMERICA

PAIS: MEXICO

CSE: ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS

DATOS DEL EQUIPO.

SISTEMA: SOMATOM SENSATION 64


No. SERIE: 54577

VERSION DE SOFTWARE: VB30B

EVALUACION DE LAS CONDICIONES DEL EQUIPO.

EL SISTEMA NO TIENE DEFICIENCIAS. LA CALIDAD DE IMAGEN NO TIENE DIFERENCIAS.	
EL SISTEMA Y COMPONENTES NO TIENEN SEVERAS DEFICIENCIAS PUEDE CONTINUAR EN OPERACION. SIN EMBARGO ES NECESARIO CORREGIR LAS DEFICIENCIAS	
EL SISTEMA Y COMPONENTES TIENEN SEVERAS DEFICIENCIAS. POR RAZONES DE SEGURIDAD, SOLO PUEDE CONTINUAR EN OPERACION DESPUES DE CORREGIR LAS DEFICIENCIAS.	

DESPUES DE COMPLETAR TODOS LOS PASOS, UNA EVALUACION COMPLETA FUE REALIZADA AL EQUIPO.

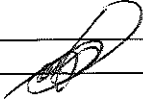
FIRMA: 

NOMBRE: ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS

FECHA: 28/08/2015

SIEMENS

EQUIPOS DE MEDICION ELECTRONICOS.

NOMBRE: ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS
 FECHA: 28/08/015
 FIRMA: 

EQUIPO DE MEDICION	MARCA	No. SERIE	FECHA	FECHA DE ULTIMA CALIBRACION
MULTIMETRO	FLUKE	91130153	28/08/2015	24/03/2015

Protocolo de Mantenimiento

EVALUACION DE REPORTES

OK	no	OK	n.a.	Notas
----	----	----	------	-------

INSPECCION DE SEGURIDAD

<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>				

- REVISION DE PAROS DE EMERGENCIA
- REVISION DE INDICADORES DE RADIACION
- REVISION DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DEL TUBO
- REVISION DE LOS INTERRUPTORES DE LIMITE DE LA PHS
- REVISION DEL EJE DEL FRENO DE LA PHS
- REVISION DEL FRENO DEL MOTOR DE LA PHS
- PRUEBA DE FUNCIONALIDAD DEL PDC

MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARTE 1

<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>				

MESA DE PACIENTE

LUBRICACION DE LA NUZ DEL EJE

LUBRICACION DE LA PARTE ALTA Y BAJA DE LAS GUIAS DEL

MECANISMO DE TIJERA

LUBRICACION DE LOS RIELES DE GUIA DEL SOPORTE Y

TABLA SUPERIOR

REVISION DEL MOVIMIENTO DEL SOPORTE Y LA TABLA

SUPERIOR

REVISION DEL RESORTE DE COMPRESION

LIMPIEZA DEL FRENO DEL MOTOR DE MOVIMIENTO

VERTICAL

MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARTE 2

<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>				

REVISION DEL PESO DE COMPENSACION DEL BRAZO DE

SOPORTE (OPCION CARE VISION)

GANTRY

REVISION DE CARBONES DE POTENCIA

CARBONES DE POTENCIA REEMPLAZADOS

CARBONES DE POTENCIA REEMPLAZADOS

REVISION DE CARBONES DE DATOS

CARBONES DE DATOS REEMPLAZADOS

REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE AIRE DEL GANTRY

FILTRO DE AIRE REVISADO

FILTRO DE AIRE REEMPLAZADO

REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE MAS

LABRACION DEL EJE DEL COLIMADOR

LIMPIEZA DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DEL TUBO

REVISION DE INCLINACION DEL GANTRY

REVISION/LIMPIEZA DE VENTILADORES DE GANTRY

REVISION/LIMPIEZA DE PDS

REVISION/LIMPIEZA DE DMS

LIMPIEZA DE TORRE ICS

LIMPIEZA DE TORRE IRS

LIMPIEZA DEL MONITOR

LIMPIEZA DEL MOUSE

LIMPIEZA DEL TECLADO

REVISION DE LOS CONTROLADORES

CAN

COC

GPC

MAR

MAS

ROT AP

STOP

XRS

REVISION DE LOS CONTROLADORES

LIMPIEZA DEL TECLADO

LIMPIEZA DEL MOUSE

LIMPIEZA DEL MONITOR

LIMPIEZA DE TORRE IRS

LIMPIEZA DE TORRE ICS

REVISION/LIMPIEZA DE DMS

REVISION/LIMPIEZA DE PDS

REVISION/LIMPIEZA DE VENTILADORES DE GANTRY

REVISION DE INCLINACION DEL GANTRY

LIMPIEZA DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DEL TUBO

LABRACION DEL EJE DEL COLIMADOR

REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE MAS

FILTRO DE AIRE REEMPLAZADO

REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE AIRE DEL GANTRY

CARBONES DE DATOS REEMPLAZADOS

CARBONES DE DATOS REEMPLAZADOS

REVISION DE CARBONES DE DATOS

CARBONES DE POTENCIA REEMPLAZADOS

CARBONES DE POTENCIA REEMPLAZADOS

REVISION DE CARBONES DE POTENCIA

GANTRY

REVISION DEL PESO DE COMPENSACION DEL BRAZO DE

SOPORTE (OPCION CARE VISION)

VERTICAL

LIMPIEZA DEL FRENO DEL MOTOR DE MOVIMIENTO

REVISION DEL RESORTE DE COMPRESION

SUPERIOR

REVISION DEL MOVIMIENTO DEL SOPORTE Y LA TABLA

TABLA SUPERIOR

LUBRICACION DE LOS RIELES DE GUIA DEL SOPORTE Y

MECANISMO DE TIJERA

LUBRICACION DE LA PARTE ALTA Y BAJA DE LAS GUIAS DEL

EJE

LUBRICACION DE LA NUZ DEL EJE

MESA DE PACIENTE

INSPECCION DE SEGURIDAD

REVISION DE PAROS DE EMERGENCIA

REVISION DE INDICADORES DE RADIACION

REVISION DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DEL TUBO

REVISION DE LOS INTERRUPTORES DE LIMITE DE LA PHS

REVISION DEL EJE DEL FRENO DE LA PHS

REVISION DEL FRENO DEL MOTOR DE LA PHS

PRUEBA DE FUNCIONALIDAD DEL PDC

MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARTE 1

LUBRICACION DE LA PARTE ALTA Y BAJA DE LAS GUIAS DEL

MECANISMO DE TIJERA

LUBRICACION DE LOS RIELES DE GUIA DEL SOPORTE Y

TABLA SUPERIOR

REVISION DEL MOVIMIENTO DEL SOPORTE Y LA TABLA

SUPERIOR

REVISION DEL RESORTE DE COMPRESION

LIMPIEZA DEL FRENO DEL MOTOR DE MOVIMIENTO

VERTICAL

MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARTE 2

REVISION DEL PESO DE COMPENSACION DEL BRAZO DE

SOPORTE (OPCION CARE VISION)

GANTRY

REVISION DE CARBONES DE POTENCIA

CARBONES DE POTENCIA REEMPLAZADOS

CARBONES DE POTENCIA REEMPLAZADOS

REVISION DE CARBONES DE DATOS

CARBONES DE DATOS REEMPLAZADOS

REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE AIRE DEL GANTRY

FILTRO DE AIRE REVISADO

FILTRO DE AIRE REEMPLAZADO

REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE MAS

LABRACION DEL EJE DEL COLIMADOR

LIMPIEZA DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DEL TUBO

REVISION DE INCLINACION DEL GANTRY

REVISION/LIMPIEZA DE VENTILADORES DE GANTRY

REVISION/LIMPIEZA DE PDS

REVISION/LIMPIEZA DE DMS

LIMPIEZA DE TORRE ICS

LIMPIEZA DE TORRE IRS

LIMPIEZA DEL MONITOR

LIMPIEZA DEL MOUSE

LIMPIEZA DEL TECLADO

REVISION DE LOS CONTROLADORES

CAN

COC

GPC

MAR

MAS

ROT AP

STOP

XRS

REVISION DE LOS CONTROLADORES

LIMPIEZA DEL TECLADO

LIMPIEZA DEL MOUSE

LIMPIEZA DEL MONITOR

LIMPIEZA DE TORRE IRS

LIMPIEZA DE TORRE ICS

REVISION/LIMPIEZA DE DMS

REVISION/LIMPIEZA DE PDS

REVISION/LIMPIEZA DE VENTILADORES DE GANTRY

REVISION DE INCLINACION DEL GANTRY

LIMPIEZA DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DEL TUBO

LABRACION DEL EJE DEL COLIMADOR

REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE MAS

FILTRO DE AIRE REEMPLAZADO

REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE AIRE DEL GANTRY

CARBONES DE DATOS REEMPLAZADOS

CARBONES DE DATOS REEMPLAZADOS

REVISION DE CARBONES DE DATOS

CARBONES DE POTENCIA REEMPLAZADOS

CARBONES DE POTENCIA REEMPLAZADOS

REVISION DE CARBONES DE POTENCIA

GANTRY

REVISION DEL PESO DE COMPENSACION DEL BRAZO DE

SOPORTE (OPCION CARE VISION)

VERTICAL

LIMPIEZA DEL FRENO DEL MOTOR DE MOVIMIENTO

REVISION DEL RESORTE DE COMPRESION

SUPERIOR

REVISION DEL MOVIMIENTO DEL SOPORTE Y LA TABLA

TABLA SUPERIOR

LUBRICACION DE LOS RIELES DE GUIA DEL SOPORTE Y

MECANISMO DE TIJERA

LUBRICACION DE LA PARTE ALTA Y BAJA DE LAS GUIAS DEL

EJE

LUBRICACION DE LA NUZ DEL EJE

MESA DE PACIENTE

INSPECCION DE SEGURIDAD

REVISION DE PAROS DE EMERGENCIA

REVISION DE INDICADORES DE RADIACION

REVISION DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DEL TUBO

REVISION DE LOS INTERRUPTORES DE LIMITE DE LA PHS

REVISION DEL EJE DEL FRENO DE LA PHS

REVISION DEL FRENO DEL MOTOR DE LA PHS

PRUEBA DE FUNCIONALIDAD DEL PDC

Protocolo de Mantenimiento

DMS
TRANSMISION DE DATOS
RECEPCION DE DATOS
SPIKES

REVISION/REEMPLAZO DE UPS
UPS REVISADO
UPS REEMPLAZADO

BACKUP DE TABLAS
SW-SETTINGS
CT-SCANNER

CALIDAD DE IMAGEN

CONTADOR DE DISPAROS DEL TUBO DE RAYOS X

C.D. = 480 SYS / SEC

RS
REVISION DE ROUTER SRS
RUTA ESTÁTICA CON SERVIDOR MALVERN SRS
CONECTIVIDAD CON SERVIDOR MALVERN SRS
CONFIGURACIÓN DE FTP
SYSTEM MANAGEMENT INSTALADO CORRECTAMENTE

		/
		/
		/
		/
		/
		/

OK	no	OK	n.a.			X
OK	no	OK	n.a.			X
OK	no	OK	n.a.			X
OK	no	OK	n.a.			X
OK	no	OK	n.a.			X

			X
--	--	--	---

			X
			X

			X	Constancia OK
--	--	--	---	---------------

Notas

TOMO-RX-002

Clase Servicio	Descripción:	Ord. Serv.:
Pro. Trab.	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Fecha
ID Fiscal	MM203005 ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS	Consecutivo

No. Personal	: 473411 ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS	Objeto Costos	:
No. Cliente	:	Sucursal	:
Nombre	:	Dirección	:
Dirección	: INST. N.T. DE CIENCIAS MEDICAS Y	Solicitado por	:
Teléfono	: CALLE VASCO DE QUIROGA No. 15	Equipo	:
Técnica	: TOMOGRAFIA	No. Serie	: 54577
			: SOMATOM SENSATION 64

Mano de Obra		Fecha		Horas de Viaje		Horas de Trabajo		Total	
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFU	Desde	Hasta
28	AGO	2015	11:00	18:30	1:00	1:00	12:00	17:30	5:50
									2:50
Total									

Materiales			
Cantidad	Cod. Material	Descripción	Numero de Remision
1	739580Y	TRAYETA FUC-R30F	

Descripción de falla:	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
Trabajo realizado:	SE REALIZA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACUERDO AL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO ALXO, SE DA MANTENIMIENTO AL CHILLER, SE CHECA LA CAUDA DE VIAJE "CONSISTENCIA DE" CONTADOR DE DISPAROS = 480 SYS /SEC. EL EQUIPO RESPONDE BIEN EN LAS PRUEBAS Y AJUSTES SE CAMBIA LA TRAYETA FUC.
Trabajo Terminado	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.

En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.

Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta factura para su pago.

Comentarios del Cliente

Medicas de Nutrición Salvador Zubiran
28 AGO 2015

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos	Vo. Bo. Jefe Técnico Comercial/Servicio	ING. TAMARIZ
		Apellido
		Fecha

Fecha:

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION

Requisitos a satisfacción de los trabajos y materiales relacionados en este reporte

Y aceptamos la facturación

8 AGO 2015

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Firma y sello del cliente

Cliente

Remisión

Ciente:	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y	
Domicilio:	LA NUTRICION	
Col. Deleg.	CALLE VASCO DE QUIROGA NO. 15	
Municipio/Edo.	TLALPAM	
Horario de entrega	COLONIA SECCION XXI	
Atencion	Su ref. 4800183003	
Telefono	Nuestra Referencia	
Nombre	Equipo	
Partida	1	1
Cantidad	1	1
Unidad medida	FOC_P30F Component	7395804
NUMERO DE PARTE	NUMERO DE PARTE	7395804
Clave	Clave	
Precio	Precio	
Precio total	Precio total	
Partida	1	1
2		
3		
4		
5		
Recabar sello y/o firma de recibido. ELABORO: ADRIAN DURAN EXT 2128 RECIBO: NOMBRE (LEGIBLE): _____ FECHA: _____ FIRMA: _____		
Fecha		
Total		

Siemens, S.A. de C.V.

Domicilio Fiscal:

Av. Ejercito Nacional No. 350 3er Piso

Col. Polanco V Seccion

Del. Miguel Hidalgo

R.F.C. SIE-931112 PA1, CANAAME 238



TOMO-RX-002

Clase Servicio	Descripción:	Ord. Serv.	Consecutivo
ID Fiscal		Fecha	
Pto. Trab.		Hora	

No. Personal	: 473411 ING. DANIEL TAMARIZ FRIAS	Objeto Costos	:
No. Cliente	:	Sucursal	:
Nombre	: INST. NAT. DE CIENCIAS MEDICAS Y	Dir. Sucursal	:
Dirección	: NUTRICION	Solicitado por	:
Teléfono	: CALLE VASCO DE QUIROGA No. 15	Equipo	:
Técnica	: TOMOGRAFIA	No. Serie	: 54577

Mano de Obra		Fecha		Horas de Viaje		Horas de Trabajo		Total			
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra
02	SEP	2015		09:30	20:00	1.00	1.00	10:30	19:00	6.50	1.50
TOTALS						1	1			6.5	1.5
											10

Materiales		Cantidad		Cod. Material		Descripción		Número de Remisión	

Descripción de falla: AJUSTE Y ALINEACION DE MESA DE PACIENTE

Trabajo realizado: SE FIJA AL PISO, AJUSTA Y ALINEA LA MESA DE PACIENTE
EL EQUIPO PUEDE TRABAJAR

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.

En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de los adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.

Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del Cliente

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION 02 SEP 2015 Y a partir de esta refacción y materiales relacionados en este reporte		DEPARTAMENTO DE NUTRICION 02 SEP 2015 BIOMEDICA	
Firmas en conformidad con poderes internos y Externos Vo. Bo. Jefe Técnico, Comercial/Servic.	Firmas en conformidad con poderes internos y Externos Vo. Bo. Jefe Técnico, Comercial/Servic.	ING. TAMARIZ Firma	Fecha Apellido
Cliente		Fecha	

Reporte de Servicio Técnico No. 40400084880

INCIM/306/2440/05/14

TOMO-RX-002

Clase Servicio	:	Descripción:	mant.
Tipo de Servico	:	108B0199 GUILLERMO ANDRES ROSERO CARMONA	
Pto. Trab.	:		
ID Fiscal	:		

No. Personal	:	Objeto Costos	105012
No. Cliente	:	Sucursal	MEXICO DF
Nombre	:	Dir. Sucursal	ESTELA HERNANDEZ
Dirección	:	Solicitado por	Servicio on 64
Teléfono	:	Equipo	54537
Técnica	:	No. Serie	54537

Mano de Obra		Horas de Viaje		Horas de Trabajo		TOTAL	
Fecha	Act.	Salida	Llegada	Desde	Hasta	Normal	Extra
27/11/15	15	8:30	9:30	9:30	15:00	5,5	6,5
29/11/15	15	15:30					
Total							

Partes	Am	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla:

Mantenimiento preventivo según protocolo de Servicio adquirido
Equipo funcionando correctamente.

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.
En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.
Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.
Comentarios del Cliente

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos
Vo. Bojefe Técnico Comercial/Servic.
Técnicos

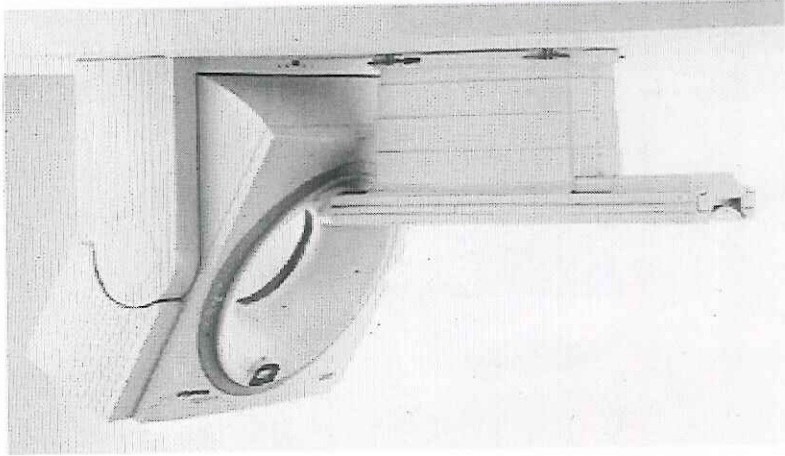
Recibimos satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación

Fecha y sello del cliente
Firma y sello del cliente
27 NOV 2015
Luis Rosero

Firma	Apellido	Fecha
	ROSERO	27-11-15

Cliente

SIEMENS



SOMATOM

Protocolo de Mantenimiento

Nro. de Contrato SIMONS: INCMN/0706/2/AD/051/14
Nro. de Control Ing. Biomédica: TOMO-RX-002

Hospital: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

SENSATION 64

Num. Serie: 54577

Fecha de Mantenimiento: 27-11-15

Num. de Reporte: 404000084880

Realizó: Guillermo Rosero

Recibido:

Fecha: 27-11-15

Firma:

Dr. Rafael Alvarez

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"
INCMNSZ

27 NOV 2015

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

CT

27 NOV 2015

Departamento de Ingeniería Biomédica

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición de El Salvador Zubirán

Carla Rodríguez



DATOS GENERALES:

OFICINA SIEMENS: México

DIRECCION: Ejercito Nacional 350 Piso 3

REGION: Mesoamérica

PAIS: México

CSE: Guillermo Rosero

DATOS DEL EQUIPO:

SISTEMA: SOMATOM SENSATION 64

No. SERIE: 54577

VERSION DE SOFTWARE: VB30B

EVALUACION DE LAS CONDICIONES DEL EQUIPO.

<input checked="" type="checkbox"/>	EL SISTEMA NO TIENE DEFICIENCIAS. LA CALIDAD DE IMAGEN NO TIENE DIFERENCIAS.
<input type="checkbox"/>	EL SISTEMA Y COMPONENTES NO TIENEN SEVERAS DEFICIENCIAS PUEDE CONTINUAR EN OPERACION. SIN EMBARGO ES NECESARIO CORREGIR LAS DEFICIENCIAS
<input type="checkbox"/>	EL SISTEMA Y COMPONENTES TIENEN SEVERAS DEFICIENCIAS. POR RAZONES DE SEGURIDAD, SOLO PUEDE CONTINUAR EN OPERACION DESPUES DE CORREGIR LAS DEFICIENCIAS.

DESPUES DE COMPLETAR TODOS LOS PASOS, UNA EVALUACION COMPLETA FUE REALIZADA AL EQUIPO.

FIRMA:

NOMBRE: Guillermo Rosero

FECHA: 27-11-15



EQUIPOS DE MEDICION ELECTRONICOS.

NOMBRE: Guillermo Rosero
FECHA: 27-11-15
FIRMA:

EQUIPO DE MEDICION	MARCA	No. SERIE	FECHA	FECHA DE ULTIMA CALIBRACION
MULTIMETRO	FLUKE	24430067		28 SEP 15

Protocolo de Mantenimiento

EVALUACION DE REPORTES

- INSPECCION DE SEGURIDAD
- REVISION DE PAROS DE EMERGENCIA
- REVISION DE INDICADORES DE RADIACION
- REVISION DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DEL TUBO
- REVISION DE LOS INTERRUPTORES DE LIMITE DE LA PHS
- REVISION DEL EJE DEL FRENO DE LA PHS
- REVISION DEL FRENO DEL MOTOR DE LA PHS
- PRUEBA DE FUNCIONALIDAD DEL PDC

MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARTE 1

- LUBRICACION DE LA NUZ DEL EJE
- LUBRICACION DE LA PARTE ALTA Y BAJA DE LAS GUIAS DEL MECANISMO DE TIJERA
- LUBRICACION DE LOS RIELES DE GUIA DEL SOPORTE Y ABLA SUPERIOR
- REVISION DEL MOVIMIENTO DEL SOPORTE Y LA TABLA SUPERIOR
- REVISION DEL RESORTE DE COMPRESION
- LIMPIEZA DEL FRENO DEL MOTOR DE MOVIMIENTO VERTICAL

MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARTE 2

- REVISION DEL PESO DE COMPENSACION DEL BRAZO DE SOPORTE (OPCION CARE VISION)
- GANTRY

- REVISION DE CARBONES DE POTENCIA
- CARBONES DE POTENCIA REVISADOS
- CARBONES DE POTENCIA REEMPLAZADOS

- REVISION DE CARBONES DE DATOS
- CARBONES DE DATOS REVISADOS
- CARBONES DE DATOS REEMPLAZADOS
- REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE AIRE DEL GANTRY
- FILTRO DE AIRE REVISADO
- FILTRO DE AIRE REEMPLAZADO

- REVISION/REEMPLAZO DE FILTRO DE MAS
- LUBRICACION DEL EJE DEL COLIMADOR
- LIMPIEZA DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DEL TUBO
- REVISION DE INCLINACION DEL GANTRY
- REVISION/LIMPIEZA DE VENTILADORES DE GANTRY
- REVISION/LIMPIEZA DE PDS
- REVISION/LIMPIEZA DE DMS
- LIMPIEZA DE TORRE ICS
- LIMPIEZA DE TORRE IRS
- LIMPIEZA DEL MONITOR
- LIMPIEZA DEL MOUSE
- LIMPIEZA DEL TECLADO

REVISION DE LOS CONTROLADORES

- CAN
- COC
- GPC
- MAR
- MAS
- ROT AP
- STOP
- XRS

OK	OK	n.a.	Notas
----	----	------	-------

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Serán reemplazados
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Protocolo de Mantenimiento

DMS
 TRANSMISION DE DATOS
 RECEPCION DE DATOS
 SPIKES

REVISION/REEMPLAZO DE UPS
 UPS REVISADO
 UPS REEMPLAZADO

BACKUP DE TABLAS
 SW-SETTINGS
 CT-SCANNER

CALIDAD DE IMAGEN

CONTADOR DE DISPAROS DEL TUBO DE RAYOS X

C.D. = 46299.8

OK	no	n.a.
✓		
✓		
✓		
✓		
✓		

✓		
✓		

✓		
✓		

✓		
---	--	--

Notas		

--	--	--

--	--	--

--	--	--

SIEMENS

Reporte de Servicio Técnico No. 104000035516

MP
R

Nombre de IB
AUGI-RX-002

Clase Servicio: Contrato Preventivo
 Descripción: Contrato Preventivo
 Tipo de Servicio: 1/1
 Pto. Trab.: 1/1
 ID Fiscal: 1/1

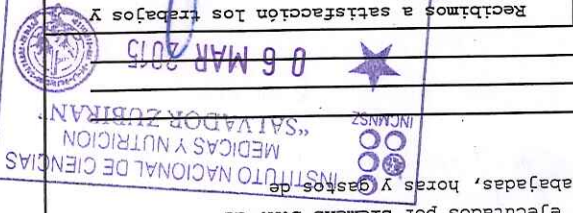
No. Personal: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
 No. Cliente: DE NUTRICION
 Nombre: DR A
 Dirección: DR A
 Teléfono: DR A
 Técnicas: DR A

Mano de Obra	Fecha	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VRU	Bases	Hasta	Horas de Trabajo	Extra	Total
											2.50
TOTALS											

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión
			No aplica	
			Mano de obra Preventiva	

Descripción de falla: El gr. descrito en anexo.
 Trabajo realizado: Grupo operativo
No se requirieron instrumentos de ajuste / se liberan

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.
 En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.
 Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.
 Comentarios del Cliente: Trabajo Terminado () SI () NO



Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación.
 Fecha: 06 MAR 2015
 Firma y sello del Cliente: [Firma]

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos
 Técnicos: [Firma]
 No. Bp. Jefe Técnico Comercial/Servic.: [Firma]
 Institución: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN
 Códigos de Nutrición: [Firma]
 DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA
 Fecha: 06 MAR 2015
 Cliente: [Firma]

SIEMENS

Reporte de Servicio de Servicio Técnico No.

Número 18

AVG1-RX-002

Clase Servicio :	
Tipo de Servicio :	Contrato Preventivo
Pto. Trab. :	
ID Fiscal :	
No. Personal :	
No. Cliente :	
Nombre :	
Dirección :	DISTRITO NACIONAL
Teléfono :	DE NOTICION
Técnicas :	

Objeto Costos :	
Sucursal :	
Dir. Sucursal :	
Solicitado por :	
Equipo :	
No. Serie :	AVG1-RX-002/55173

Fecha	Mano de Obra		Horas de Viaje					Horas de Trabajo			Total			
	Día	Mes Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal		Extra		
05 03 15										12:30	18:30	4:00	1:00	5:00
06 03 15										9:00	15:00	5:50		6:00
05 03 15														
06 03 15														

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: *Montaje incorrecto de protecciones*

Trabajo realizado: *Se describe en protocolo anexo*

NOTA: *no se requiere instrumentos de optica*

calificación.

Trabajo Terminado () Si () No

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.
 En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.
 Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de Instrumentación y Materiales de Ingeniería en las condiciones especificadas en este reporte C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas de gastos de viajes autorizados y otros materiales en esta planilla para su pago.
 Comentarios del Cliente

Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación

Fecha: 06 MAR 2015

Firma y Sello del Cliente

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos	
Técnicos	Vo. Bo. jefe Técnico Comercial/Servic.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nicaragua, Profesor Zubirán	
MAR 2015	
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA	
Cliente	

Firma

Apellido

Fecha

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / AX / Angio System / Polygrato

Fecha: 06.03.15	Departamento / Sala: Hemodinamica	Equipo: AXION AR 715 PTA	Numero de Reporte: 4040000 75429
		No. De Serie: 55113	Fecha de Preventivo: 06.03.15

Actividades		Realizada
1.- Control de Seguridad		
Comprobación fijación de los armarios de distribución y pupitres	✓	
Comprobar valor correcto de todos los fusibles	✓	
Comprobar el estado de los cables externos	✓	
Comprobar integridad y perfecta colocación de tapas y revestimientos	✓	
Comprobar iluminación de lámpara roja en radioscopia y radiografía	✓	
2.- Mantenimiento Preventivo		
Comprobar fijación de cables eléctricos en armarios y gabinetes	✓	
Comprobar funcionamiento de conmutadores de emergencia	✓	
Limpiar partes generales, cables externos, partes internas del equipo	✓	
Limpiar monitores de video, consola de generador y mesa, sistema digital	✓	
Generador de RX, mesa emplazamiento y evaluación de Eventlog	✓	
Engrasar partes y superficies de sistemas con movimiento	✓	
Reemplazo de discos aislantes y aceite en terminales de alta tensión de los emisores.	✓	
Revisar funciones de aditamentos periféricos Siemens	✓	
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema	✓	
Comprobar y ajustar valores de AC-DC en mesa, generador, monitores, sistema de TV	✓	
Comprobar y ajustar valores de KV, mA, mA de acuerdo a protocolo del generador de RX	✓	
Comprobar y ajustar funciones de fluoroscopia, fluoroscopia pulsada, Cine digital.	✓	
Comprobar y ajustar sistema de archivo digital (Acom, Acom PC, Hicor, Leonardo)	✓	
Realizar medición indirecta de calidad de imagen	✓	
Limpieza de las ópticas del intensificador de imagen, cámara de televisión (si aplica).	✓	
Verificar y reemplazar baterías del sistema (si aplica)	✓	
3.- Inspección de funciones		
Realizar control de movimientos y funciones del sistema	✓	
4.- SRS		
Revisión de Router SRS	✓	
Ruta Estática con Servidor Malvern SRS	✓	
Conectividad con Servidor Malvern SRS	✓	
Configuración de FTP	✓	
System Management Instalado Correctamente	✓	
Fecha de instalación del equipo		
NOM-229-1996	NOM-158-1996	Aplica
SSA1-2002	SSA1-1996	

NOTA: La NOM-229-SSA1-2002 es vigente a partir del 16 de septiembre de 2006 la cual aplica para los equipos instalados a partir de esta fecha, para los equipos instalados antes del 16 de septiembre de 2006 aplica la NOM-158-SSA1-1996

Actividades que cumple con las Especificaciones de la norma		Realizada
4.- Reporte de actividades	SI	
Revisión y calibración del KVP rango de 60 a 100 KVP o mayor si el equipo lo permite en pasos de 20KV	✓	
Comprobar filtro total del sistema tubo-collimador sea mayor a 2.3 mm de Al, si no es el caso resolverlo	✓	

Resultados del Servicio: Normal Ver las anotaciones

Anotaciones:

Nombre y Firma Ingeniero: <i>Jorge Garcia Lopez</i>	Nombre y Firma Cliente: <i>[Firma]</i>
Fecha: 06.03.15	Fecha: <i>[Firma]</i>



SPT-MN-001
MR

Clase Servicio	:	Mantenimiento Pvo.
Tipo de Servicio	:	108B0180
Pto. Trab.	:	
ID Fiscal	:	

No. Personal	:	498575 Aguilar Peñafoza Jorge
No. Cliente	:	Sucursal
Nombre	:	Instituto Nacional de Ciencias
Dirección	:	Av. Vasco de Quiroga #15
Teléfono	:	
Técnicos	:	MI

Mano de Obra		Fecha		Horas de Viaje		Horas de Trabajo		Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta
21	5	15	06:00	20:00				08:30	18:00
22	5	15	06:00	20:30				08:30	18:00
TOTALES									

Materiales	m	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla:

Mantenimiento Preventivo

Trabajo realizado:

Se realizó mantenimiento preventivo, de acuerdo a protocolo anexo.

Se utilizó equipo de medición Fluke 287 CIAM 18134-3.

Se realizó inspección de seguridad MI022/14/S y la prueba resulto exitosa.

Se realizó actualización de software MI003/14/R para llevar a la version VA60D.

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.

En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.

Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de México, S. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del Cliente

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		Vo. Bo. Jefe Técnico	Técnicos
Comercial/Servicio			
David Aguilar			

Fecha: _____

Firma y sello del Cliente

Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN

SECRETARÍA DE SALUD

22 MAY 2015

Cliente

SIEMENS

MP
checklist

Symbia

Protocolo de mantenimiento

Sistema

Reporte PM para Sistema Symbia series T

Ciente: Instituto Nacional de Ciencias

Dirección: Av Vasco de Quiroga #15

Fax / E-Mail:

Fax / E-Mail:

Departamento:

Cuarto:

No. de Material:

No. de Serie:

1147

No. de contrato:

Fecha de

caducidad: No. de orden:

ID del sistema:

Las instrucciones NMO2-001.831.01.09.02 se requieren para este protocolo

© Siemens, 2007
Toda la documentación sólo puede ser
reproducida para uso personal. No se
permiten la reproducción o la
distribución de esta información en
forma electrónica o impresa. Toda
reproducción o distribución de esta
información sin el consentimiento
escrito de Siemens constituye una
violación de los derechos de
propiedad intelectual. Todos los
derechos reservados.

No. de impresión: NMO2-001.832.01.09.02
Reemplaza: NMO2-01.832.01.02
No. de parte: 8739943-VFT-000-09

Inglés
Doc. Gen. Fecha: 11.11

Protocolo Fecha: 22/05/15 No. de serie: 1147

Evaluación de la condición del sistema

El sistema no tiene deficiencias. *	X
El sistema tiene ligeras deficiencias que no afectan la operación continua del sistema. Las deficiencias deben ser corregidas de forma preventiva. *	
El sistema tiene serias deficiencias. Por motivos de seguridad, la operación continua del sistema sólo se permite después de la corrección satisfactoria de las deficiencias.	

*) Para los sistemas de imagenología: El resultado de la verificación de la calidad de imagen no muestra ninguna desviación de los valores de referencia...

La evaluación se llevó a cabo después de completar todos los pasos de trabajo.

Firma:

Jorge David Aguilar P.

Fecha: 22/05/15

Nombre:

Si es requerido por las regulaciones específicas de cada país:
El cliente o su representante han tomado nota del resultado de la evaluación de la condición de sistema.

Firma:

José Sepúlveda M.

Fecha:

Nombre:

Observaciones:



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"

22 MAY 2015

Symbia

NMO2-001.832.01.09.02
11.11

Página 2 de 16
MI SD

© Siemens, 2007

SCT-MN-001

Protocolo Fecha: 22/05/15 No. de serie: 1147

- SI Torque del perno en ambos L-arm verificado
- SI Desgaste de las tiras en ambos L-arm verificado
- SI Verificación de ruido en ambos L-arm
- SI Calibración verificada en ambos L-arm

OK	NO	n/a
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.1.2 Verificación del PHS frontal

- SI No hay daños relevantes para la seguridad en la PHS delantera
- SI Tuerca de respaldo (Back up nut) verificada
- SI Interruptor del pedal verificado
- SI Frenos Arriba-abajo de la PHS verificados
- SI Ruido de movimiento Arriba-abajo verificado
- SI Rodillos en la paleta verificados
- SI Fuerza del balanceo de pivote y su funcionalidad verificado.
- Q La paleta de manografía no muestra deformaciones evidentes
- Q La paleta de manografía no muestra deformaciones evidentes
- Q La paleta de radioterapia no muestra deformaciones evidentes

OK	NO	n/a
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valor medido:

- SI Contra tuerca e indicador de desgaste es mayor que o igual a 3mm
- SI Rodillos verificado
- 4.1.4 Verificación de ICC touchpad (realizar sólo si la opción ICC está presente)
- SI ICC touchpads verificado
- 4.1.5 Verificación de los cables en los puntos de movimiento por desgaste
- SI E Todos los cables verificados
- 4.1.6 Verificación de etiquetas
- SI Todas las etiquetas verificadas

OK	NO	n/a
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2 Verificación de la seguridad CT y calidad

- 4.2.1 Verificación de la seguridad CT
- SI Paro de emergencia Izquierda / Derecha verificado para el Gantry CT
- SI Circuito de paro de emergencia verificado para el Gantry CT
- SI Corte de radiación verificado
- SI Indicadores de radiación verificados y que no presenten desgaste o daño
- SI Puerta Interruptor de contacto verificado
- SI Ayudas de posicionamiento del paciente verificado, sin daños visibles
- SI Espectros de medición y sujetadores verificados, sin daños visibles

OK	NO	n/a
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protocolo Fecha: 22/05/15 No. de serie: 1147

- 4.2.2 Verificación de la calidad CT
- Q Verificación de la calidad completada
- 4.3 Verificación de la Calidad
- 4.3.1 Pruebas del Detector
- 4.3.1.1 Inundación de 50M de cuentas utilizando el flujo de trabajo Intrínseco
- Q Inundación Intrínseca realizado

OK	NO	n/a
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protocolo Fecha: 22/09/15 No. de serie: 1147

Protocolo Fecha: 22/09/15 No. de serie: 1147


		OK	NO	N.A.
		OK	OK	
5.2	Pasos siguientes (completar sólo si el resto de la PM se llevará a cabo en otro tiempo)			
SIM	Las cubiertas y los cables del conductor de protección están instalados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Gantry: resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:			
SI	PHS: resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:			
SI	LCB (Opción): resistencia del conductor de protección ≤ 100 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	UPS (Sistemas Symbia T Series): resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	syngo MI Workplace A/AP (Sistemas Symbia S): resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:			
SI	ICS (Sistemas Symbia T Series): resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:			
SI	IRS (Sistemas Symbia T Series): resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:			
SI	IES (Opción): resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:			
SI	Monitor: resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:			
SI	Medición de la corriente de protección conductor de tierra > 200mA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Medición de la resistencia del conductor de protección a tierra ≤ 300 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Medición de la corriente de fuga ECG < 1000µA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Medición de la corriente de fuga de paciente < 50µA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIM	Los monitores, computadoras y sistemas aseados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q	Estado del sistema verificado antes de devolver al cliente	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El mantenimiento de esta sección se realizó

por: Firma: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____

		OK	NO	N.A.
		OK	OK	
6	Pasos de mantenimiento CT			
6.1	Sistema CT PM			
6.1.1	SPECT y CT Gantry Separación			
6.1.2	Lubricación del Anillo de Rotación del Gantry SPECT			
SI	Operación de rotación del Gantry verificada			
PM	Anillo de rotación lubricado en el Sistema Symbia T	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.3	Pasos de Mantenimiento CT			
PM	Inspeccione si hay daños, piezas sueltas, grietas / roturas, fijación por tornillos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Anillo aseado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Carbones de potencia aseados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Cepillo de carbón de potencia verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:			
PM	Cepillo de carbón de potencia reemplazado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha de inicio:			
	Fecha del último reemplazo:	DD	MM	AAAA
PM	Carbones de señal de datos aseado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Carbones de señal de datos verificados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:			
PM	Carbone de señal de datos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha de inicio:			
	Fecha del último reemplazo:	DD	MM	YYYY
PM	Filtros de aire verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Filtros de aire reemplazado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha de inicio:			
	Fecha del último reemplazo:	DD	MM	YYYY
PM	Filtros de aire verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Filtros de aire reemplazados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha de inicio:			
	Fecha del último reemplazo:	DD	MM	YYYY
PM	Rodamiento principal lubricado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Eje del colimador lubricado (spindle)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Symbia T/T2: Filtro de telón verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protocolo Fecha: No. de serie:

SPECT-MN-001
 Comprobado al braco


Grupo de Metrología CLAM S.A. de C.V.

Misión de Santiago N° 15 Col. Las Misiones, Misión de San Pabloy, Naucalpan de Juárez,
 Estado de México, 53140 Tel. 5343-9239, 5343-8344

CLAM

INFORME DE CALIBRACION

Pagina 1 de 5
 INFORME: CLAM-2444-14
 Orden de recepción: 18134-3

EMPRESA: SIEMENS, S.A. DE C.V.

DIRECCION: EJERCITO NACIONAL No. 350, PISO 3 COL. POLANCO V SECCION DELEG. MIGUEL HIDALGO MEXICO D.F. C.P. 11560

DATOS DEL INSTRUMENTO EN CALIBRACION

Fecha de calibración: 2014 OCTUBRE 14
 Fecha de emisión: 2014 OCTUBRE 14
 Fecha de recepción: 2014 OCTUBRE 07
 Marca: FLUKE
 Modelo: 287
 Identificación: 10400099
 Serie: 10400099

CONDICIONES DE LA CALIBRACION

Temperatura ambiente: 21.3 °C ± 1 °C
 Humedad relativa: 38.7 % ± 5 % H.R.
 Procedimiento de calibración y método empleado:

CLAM-PC-01 método directo

CLAM-PC-03 método directo

CLAM-PC-04 método directo

CLAM-PC-05 método directo

DATOS DEL PATRON DE REFERENCIA

Vigencia de calibración: 12 meses
 a solicitud del cliente

Descripción: CALIBRADOR MULTIFUNCIONES
 Marca: FLUKE
 Modelo: 5500A
 Serie: 8075012
 Identificación: CLAM-E025
 Tipo: SEPRI
 Certificación: CENAM

Vigencia: 2015 AGOSTO 20

OBSERVACIONES

Estas mediciones son trazables a los patrones nacionales mantenidos por el CENAM, los cuales son intercomparados periódicamente con patrones nacionales de otros países y, en su caso, con el patrón internacional.
 Los valores reportados de incertidumbre corresponden a un factor de cobertura de 2 para un nivel de confianza de aproximadamente 95%.
 La incertidumbre de medición fue calculada de acuerdo a la norma NMX-CH-140-IMNC-2002 y es la incertidumbre expandida asociada al error.
 Es responsabilidad del usuario el recalibrar el instrumento en intervalos de tiempo apropiados.

Calibró:

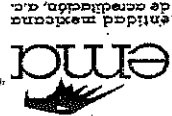
[Handwritten signature]

Tec. Emilia Cirilo Enriquez

Metrologo

Revisó y Aprobó:

[Handwritten signature]
 L.M. Daniel Ramirez Fuentes
 Jefe de Laboratorio



Número de acreditación: N° E-20
 Vigencia de acreditación: a partir de 2012-04-15
 Acreditación otorgada bajo la norma NMX-EC-17025-IMNC-2008
 ISO/IEC 17025:2008 Requisitos generales para la competencia de los
 laboratorios de ensayo y de calibración

Reporte de Servicio Técnico No. 404000084811

SPT-111-001
 2011/05/11
 404000084811

Clase Servicio : M.C. Descripción: Preventivos
 Pto. Trab. : 108B0179, Guzmán Cruz Oscar Nayar
 ID Fiscal :
 No. Personal : 498577 Guzmán Cruz Oscar Nayar
 No. Cliente :
 Nombre : MCMNSZ
 Dirección :
 Teléfono :
 Técnica : M1

Objeto Costos :
 Sucursal :
 Dir. Sucursal :
 Solicitado por :
 Equipo : Symbic T2
 No. Serie : 1147

Mano de Obra		Horas de Viaje		Horas de Trabajo		Total
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje
18	11	2015	15:00	20:00		
19	11	2015	7:00	14:00		
20	11	2015	7:00	8:30		
						8:30
TOTALES						

M	Material	Cod.	Material	Descripción	Numero de Remisión

Descripción de falla: **Mantenimiento preventivo.**
 Trabajo realizado: **Se realizó mantenimiento preventivo de acuerdo a protocolo anexa**
 Equipo funcionando:
 Trabajo Terminado (X) Si () No

Comentarios del Cliente
 En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.
 Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos
 Técnicos
 Vo. Bo. Jefe Técnico Comercial/Servicio
 Nayar Guzmán
 Cliente
 Fecha
 Apellido
 Firma
 Fecha

Symbia

Protocolo de mantenimiento

Sistema

Reporte PM para Sistema Symbia series T

Cliente: **INCUMNSZ**

Dirección:

Fax / E-Mail:

Fax / E-Mail:

Departamento: **Med. Nuclear**, Cuarto:

No. de Material.: No. de Serie: **1147**

No. de contrato.: Fecha de

caducidad: No. de orden: **4040000** ID del sistema:

848/11

Las instrucciones NMM02-001.832.01.09.02 se requieren para este protocolo

@ Siemens, 2007
Todos los documentos sólo pueden ser utilizados para prestar servicios en Siemens Healthcare Products, todas las ocurrencias de este protocolo de mantenimiento se hacen sólo una vez. La copia y distribución de esta prohibición de responsabilidad en ningún caso. Prohibición de responsabilidad por daños y perjuicios. Todos los demás derechos están reservados.

Inglés

Doc. Gen. Fecha: 11.11

No. de impresión: NMM02-001.832.01.09.02

Reemplaza: NMM02-01.832.01.02

No. de parte: 8739943-VFT-000-09

Protocolo Fecha: **26/11/2015** No. de serie: **1147**

Evaluación de la condición del sistema

El sistema no tiene deficiencias. *	
El sistema tiene ligeras deficiencias que no afectan la operación continua del sistema. Las deficiencias deben ser corregidas de forma preventiva. *	
El sistema tiene serias deficiencias. Por motivos de seguridad, la operación continua del sistema sólo se permite después de la corrección satisfactoria de las deficiencias.	

*) Para los sistemas de imagenología: El resultado de la verificación de la calidad de imagen no muestra ninguna desviación de los valores de referencia...

La evaluación se llevó a cabo después de completar todos los pasos de trabajo.

Fecha: **26/11/15** Nombre: **Mayra Gervina**

Si es requerido por las regulaciones específicas de cada país: El cliente o su representante han tomado nota del resultado de la evaluación de la condición de sistema.

Fecha: Firma: Nombre:

Observaciones:

Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición Salvador Zubirán
20 NOV 2015
Symbia
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMÉDICA

INS. NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION INCUMNSZ "SALVADOR ZUBIRAN"
20 NOV 2015
MEDICINA NUCLEAR

NMM02-001.832.01.09.02

MAM HCS GUADALAJARA

25 NOV 2015

ING. MOISES DE LA CUEVA EXT. 2225

Protocolo Fecha:

No. de serie:

OK no n.a.

SI	Torque del perno en ambos L-arm verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Desgaste de las liras en ambos L-arm verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Verificación de ruido en ambos L-arm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Calibración verificada en ambos L-arm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.2	Verificación del PHS frontal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	No hay daños relevantes para la seguridad en la PHS delantera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Tuerca de resgado (Back up nut) verificada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Interruptor del pedal verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Frenos Arriba-abajo de la PHS verificados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Ruido de movimiento Arriba-abajo verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Rodillos en la paleta verificados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Fuerza del balanceo de pivote y su funcionalidad verificado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q	La paleta de manografía no muestra deformaciones evidentes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q	La paleta pedáfrica no presenta deformaciones evidentes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q	La paleta de radioterapia no muestra deformaciones evidentes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.3	Verificación trasera del PHS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	No hay daños relevantes para la seguridad en la parte posterior del PHS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:				
SI	Contra tuerca e indicador de desgaste es mayor que o igual a 3mm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Rodillos verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.4	Verificación de ICC touchpad (realizar sólo si la opción ICC está presente)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	ICC touchpads verificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.5	Verificación de los cables en los puntos de movimiento por desgaste	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S/E	Todos los cables verificados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.6	Verificación de etiquetas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Todas las etiquetas verificadas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Verificación de la seguridad CT y calidad				
4.2.1	Verificación de la seguridad CT				
SI	Paro de emergencia Izquierda / Derecha verificado para el Gantry CT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Circuito de paro de emergencia verificado para el Gantry CT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Corte de radiación verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Indicadores de radiación verificados y que no presenten desgaste o daño	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Puerta Interruptor de contacto verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SI	Ayudas de posicionamiento del paciente verificado, sin daños visibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Espectros de medición y sueladores verificados, sin daños visibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protocolo Fecha:

No. de serie:

OK no n.a.

4.2.2	Verificación de la calidad CT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q	Verificación de la calidad completada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Verificación de la Calidad				
4.3.1	Pruebas del Detector				
4.3.1.1	Inundación de SUM de cuentas utilizando el flujo de trabajo intrínseco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q/Q	Inundación intrínseca realizado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protocolo

Fecha:

No. de serie:

OK n.a.

5.2 Pasos siguientes (completar sólo si el resto de la PM se llevará a cabo en otro tiempo)

SI	Las cubiertas y los cables del conductor de protección están instalados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Gantry: resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido: 100				
SI	PHS: resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido: 120				
SI	LCB (Opción): resistencia del conductor de protección ≤ 100 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	UPS (Sistemas Symbia T Series): resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	syngo MI Workplace A/AP (Sistemas Symbia S): resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido: 80				
SI	ICS (Sistemas Symbia T Series): resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido: 50				
SI	IRS (Sistemas Symbia T Series): resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido: 60				
SI	IES (Opción): resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido: 80				
SI	Monitor: resistencia del conductor de protección ≤ 300 mΩ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:				
SI	Medición de la corriente de protección conductor de tierra > 200mA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Medición de la resistencia del conductor de protección a tierra ≤ 300 mΩ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Medición de la corriente de fuga ECG < 1000µA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Medición de la corriente de fuga de paciente < 5µA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIM	Los monitores, computadoras y sistemas aseados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q	Estado del sistema verificado antes de devolver al cliente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El mantenimiento de esta sección se realizó

por: Firma:

Fecha: 05/11/15

Nombre:

Nayer Gorman

Protocolo

Fecha:

No. de serie:

OK no n.a.

6 Pasos de mantenimiento CT

6.1	Sistema CT PM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.1	SPECT Y CT Gantry Separación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.2	Lubricación del Anillo de Rotación del Gantry SPECT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	Operación de rotación del Gantry verificada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Anillo de rotación lubricado en el Sistema Symbia T	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.3	Pasos de Mantenimiento CT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Inspeccione si hay daños, piezas sueltas, grietas / roturas, fijación por tornillos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Anillo aseado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Carbones de potencia aseados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Cepillo de carbón de potencia verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:				
PM	Cepillo de carbón de potencia reemplazado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha de inicio:				
	Fecha del último reemplazo: DD MMM AAAA				
PM	Carbones de señal de datos aseado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Carbones de señal de datos verificados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valor medido:				
PM	Carbone de señal de datos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha de inicio:				
	Fecha del último reemplazo: DD MMM YYYY				
PM	Filtros de aire verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Filtros de aire reemplazado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha de inicio:				
	Fecha del último reemplazo: DD MMM YYYY				
PM	Filtros de aire verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Filtros de aire reemplazados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha de inicio:				
	Fecha del último reemplazo: DD MMM YYYY				
PM	Rodamiento principal lubricado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Eje del colimador lubricado (spindle)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	Symbia T/T2: Filtro de teléfono verificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protocolo

Fecha:

No. de serie:

INC/206/2/AD/05/14
 U1 & BR-010

Clase Servicio: Preventivo Correctivo
 Tipo de Serv. :
 Pto. Trab. :
 ID Fiscal :

No. Personal : 11511983 SANCHEZ GUERRERO CARLOS
 No. Cliente :
 Nombre :
 Dirección :
 Teléfono :
 Técnica :

Mano de Obra	Fecha		Act.	Horas de Viaje		VFJ	Horas de Trabajo			
	Día	Mes		Año	Llegada		Salida	Viaje	Normal	Extra
	25	2	15	4:00	10:30	2	10:30			
TOTALES										

Materiales	cm	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: Mantenimiento preventivo
 Trabajo realizado: Se realiza preventivo conforme a protocolo
 de días funcionando correctamente

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.
 En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.
 Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.
 Comentarios del Cliente:

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos
 Técnicos
 Vo. Bo. Jefe Técnico
 Comentar/Servicio
 Médicos de Nutrición Salvador Lubrán
 DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMÉDICA
 25 FEB 2015
 Cliente

Firma: [Firma]
 Apellido: SANCHEZ GUERRERO
 Fecha: 25-2-15

Fecha: [Firma]
 Firma y sello del Cliente
 DE LA REPRODUCCIÓN
 DEPARTAMENTO DE BIOMÉDICA
 SALVADOR ZUBIRÁN
 Recibimos la autorización de los trabajos y materiales relacionados en este reporte

Protocolo de Servicio ULTRASONIDO

Fecha: 25-2-15

Departamento:	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Equipo:	Acuson X150
Servicio:	Preventivo
No. De Serie:	333739
Versión Software:	2.0.07

Realizada?	SI	N.A	Actividades
	✓		1. Dialogo con el usuario/cliente
	✓		2. Limpieza del equipo
	✓		3. Limpieza e inspección de todos los transductores
	✓		4. Limpieza de filtros
	✓		5. Revisión de las ruedas y sus frenos
	✓		6. Revisión del monitor
	✓		7. Revisión del cable de red
	✓		8. Revisión de los ventiladores
	✓		9. Medición del voltaje de red
	✓		10. Pruebas de autodiagnóstico / patrones de prueba - Mediciones de fuentes
	✓		11. Calidad de imagen y transductores
	✓		12. Revisión de los periféricos de documentación
	✓		13. Revisión de Router SRS
	✓		14. Ruta estática con Servidor Malvern SRS
	✓		15. Conectividad con Servidor Malvern SRS
	✓		16. Configuración de FTP
	✓		17. System Management Instalado Correctamente

Resultados del Servicio:

- Normal
- Ver las observaciones

Observaciones: Se dio fin a la inspección satisfactoriamente

Nombre y Firma Ingeniero:	Ing. Carlos Sánchez	Fecha:	25-2-15
Nombre y Firma Cliente:	[Firma]	Fecha:	25 FEB 2015
Nombre y Firma Jefe Técnico:	Medicas de Nutrición Salvador Zubirán		

DEPARTAMENTO DE BIOMEDICINA
F-Med-850/P005-07
(03.11)

12 ENN/0306/02/PO/OSI/14

HP

R

Clase Servicio	:	Mantenimiento preventivo
Pto. Trab.	:	JUAN EDUARDO VALDES ARCIA
ID Fiscal	:	108B0190

No. Personal:	50768	JUAN EDUARDO VALDES ARCIA
No. Cliente:		
Nombre:	Instituto Nacional de Ciencia Médica y Nutrición	
Dirección:	Salvador Zubiran	
Teléfono:		
Técnicas:	ULTRASONIDO	

Mano de Obra		Horas de Viaje		VJU		Horas de Trabajo	
Fecha	Act.	Salida	Llegada	Viaje	Desde	Hasta	Extra
27 08 2015	12:30	14:00	1:5		14:00	18:00	4.0
TOTALS							

Materiales			
1	Cantidad	Cod. Material	Descripción

Descripción de falla:	Mantenimiento preventivo
Trabajo realizado:	Se realiza rutina de mantenimiento preventivo de acuerdo al protocolo de servicio anexa. Se entrega equipo completo y funcionando correctamente
Trabajo Terminado () SI	() No

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario. En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos. Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y los datos correspondientes a los datos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla C.V. se facture el importe correspondiente a los datos de viaje, refacciones y otros materiales en este reporte y aceptamos su facturación. Firmas en conformidad con poderes internos: **CONSULTA EXTERNA** Comenzamos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación.

Firma	Ing. JUAN EDUARDO VALDES ARCIA
Apellido	Ing. Juan Valdes
Fecha	27/08/2015
Técnicos	Vo. Bo. Jefe Técnico
Facturación	Comercial/Servicio

Fecha:	
Firma y sello del Cliente	

Se autoriza la realización de mantenimiento preventivo y correctivo de la máquina por el personal autorizado por el departamento de mantenimiento.

Fecha: 27/ago/2015

Cliente: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	Departamento: VPA
Equipo: Acuson X150	No. De Serie: 330739
Servicio: Mantenimiento preventivo	Versión Software: 2.0.01


Realizada?	SI	N.A	Actividades
	✓		1. Dialogo con el usuario/cliente
	✓		2. Limpieza del equipo
	✓		3. Limpieza e inspección de todos los transductores
	✓		4. Limpieza de filtros
	✓		5. Revisión de las ruedas y sus frenos
	✓		6. Revisión del monitor
	✓		7. Revisión del cable de red
	✓		8. Revisión de los ventiladores
	✓		9. Medición del voltaje de red
	✓		10. Pruebas de autodiagnóstico / patrones de prueba - Mediciones de fuentes
	✓		11. Calidad de imagen y transductores
	✓		12. Revisión de los perfiles de documentación
	✓		13. Revisión de Router SRS
	✓		14. Ruta estática con Servidor Malvern SRS
	✓		15. Conectividad con Servidor Malvern SRS
	✓		16. Configuración de FTP
	✓		17. System Management Instalado Correctamente

Resultados del Servicio:

- Normal
 Ver las observaciones

Observaciones:

Se entrega equipo completo y funcionando correctamente.


**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"**
28 AGO 2015
CONSULTA EXTERNA

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"**
28 AGO 2015
**DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA
BIOMÉDICA**

Nombre y Firma Ingeniero: 	Nombre y Firma Cliente: 
Fecha: 27/ago/2015	Fecha: 28-08-15

HP

1 NCM/706/2/AD/05/14

Clase Servicio	DESCRIPCION: MANTENIMIENTO PREVENTIVO
Tipo de Servicio	24 Y 25 FEB 2015
Pco. Trab.	M. 201014 CARLOS ESPINOSA
ID Fiscal	

No. Personal	443344
No. Cliente	
Nombre	INSTITUCION DE CARGAS MEDICAS
Dirección	INSTITUCION SALVADOR ZUBIRAN
Telefono	
Técnica	

Fecha		Horas de Viaje			Horas de Trabajo			Total
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VPJ	
24	02	15	1:5	8:30	14:00	8:0	1.5	9.5
25	02	15	2:30	8:00			1.5	6.5
TOTALS								

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Numero de Remisión

Descripción de falla:

TRABAJO REALIZADO: LIMPIEZA DEL ARCO Y MESA - CAMBIO DE EMPAQUES
 ADICIONADA Y APLICACION DE SILICONA A LAS TERMINALES DE ALTA TENSION
 REVISION DE CABLE DE ALIMENTACION DE LA MESA - REVISION DE NUTRES
 DE IMAGEN CON FANTOMA
 SE UTILIZO OSCUOSCOPIO TEKTRONIX HDB600 TDS1012. SERIE C046808
 fecha de calibración 18-11-2014
 IFCB - LHE. 0310/2014

Trabajo Terminado () SI () No

Comentarios del Cliente

En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.

Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Firmas en conformidad con poderes: Internos y Externos	Comercial/Servicio	Medicas de Nutrition Salvador Zubiran
Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	
Firma		
Apellido		
Fecha		

Recibimos a satisfacción los trabajos y aceptamos su facturación y otros materiales relacionados en este reporte

Firma y sello del Cliente

Fecha:

25 FEB 2015

ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL (09, 06)

F-Med-850/P001-01

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / AX / Angio System / Polytrato

Cliente: **INS - INAC DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION**

Equipo: **AXION ARTIS U**

Número de Reporte: **40400034592**

Fecha de Preventivo: **24-25 FEB 2015**

No. De Serie: **21015**

Departamento / Sala: **CCFPC**

Fecha: **25-2-2015**

Actividades	SI	N.A
1.- Control de Seguridad		
Comprobación fijación de los armarios de distribución y pupitres		
Comprobar valor correcto de todos los fusibles		
Comprobar el estado de los cables externos		
Comprobar integridad y perfecta colocación de tapas y revestimientos		
Comprobar iluminación de lámpara roja en radioscopia y radiografía		
2.- Mantenimiento Preventivo		
Comprobar fijación de cables eléctricos en armarios y gabinetes		
Comprobar funcionamiento de conmutadores de emergencia		
Limpieza partes generales, cables externos, partes internas del equipo		
Limpieza monitores de video, consola de generador y mesa, sistema digital		
Generador de RX, mesa emplazamiento y evaluación de EventLog		
Engrasar partes y superficies de sistemas con movimiento		
Reemplazo de discos aislantes y aceite en terminales de alta tensión de los emisores.		
Revisar funciones de aditamentos periféricos Siemens		
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema		
Comprobar y ajustar valores de AC-DC en mesa, generador, monitores, sistema de TV		
Comprobar y ajustar valores de KV, mA de acuerdo a protocolo del generador de RX		
Comprobar y ajustar funciones de fluoroscopia, fluoroscopia pulsada, Cine digital.		
Comprobar y ajustar sistema de archivo digital (Acom, Acom PC, Hicor, Leonardo)		
Realizar medición indirecta de calidad de imagen		
Limpieza de las ópticas del intensificador de imagen, cámara de televisión (si aplica),		
Verificar y reemplazar baterías del sistema (si aplica)		
3.- Inspección de funciones		
Realizar control de movimientos y funciones del sistema		
4.- SRS		
Revisión de Router SRS		
Ruta Estática con Servidor Malvern SRS		
Conectividad con Servidor Malvern SRS		
Configuración de FTP		
System Management Instalado Correctamente		
Fecha de instalación del equipo		
NOM-158-SSA1-1996		
NOM-229-SSA1-2002		
Aplica		

NOTA: La NOM-229-SSA1-2002 es vigente a partir del 16 de septiembre de 2006 la cual aplica para los equipo instalados a partir de esta fecha, para los equipos instalados antes del 16 de septiembre de 2006 aplica la NOM-158-SSA1-1996

Actividades que cumple con las Especificaciones de la norma	SI	No
4.- Reporte de Actividades que cumple con las Especificaciones de la norma		
Revisión y calibración del KVP rango de 60 a 100 KVP o mayor si el equipo lo permite en pasos de 20KV		
Comprobar filtro total del sistema tubo-collimador sea mayor a 2.3 mm de Al, si no es el caso		
Comprobar filtro total del sistema tubo-collimador sea mayor a 2.3 mm de Al, si no es el caso		

Resultados del Servicio: Normal Ver las anotaciones

Anotaciones:

25 FEB 2015

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

BIOMEDICA

Nombre y Firma Ingeniero: **CARLOS ESPINOZA**

Fecha: **25-2-2015**

Nombre y Firma Cliente: **DR. NARCISO ZUBIRAN**

Fecha: **25-2-2015**

Call Center

Reporte de Servicio Técnico No.

Clase Servicio:	Descripción:	Ord. Serv.	4040 000 74591
Tipo de Servicio:		Fecha:	
Pto. Trab.		Hora:	
ID Fiscal:		Consecutivo:	

No. Personal:	: 11135592 Sanchez Davila Cesar	Objeto Costos:	
No. Cliente:		Sucursal:	
Nombre:	: INCMNSZ Nutricion	Dir. Sucursal:	
Dirección:	: Instituto Nacional de Ciencias	Solicitado por:	
Teléfono:	: Medicas y Nutricion Salvador Z	Equipo:	
Técnica:	: Rayos X Urologia IB EQRF-UO-006	No. Serie:	

Mano de Obra		Horas de Viaje		Horas de Trabajo	
Fecha	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFU
26 dia	2015 Mes	10:00	17:30		
27 dia	2015 Mes	08:30	17:30		
TOTALS					

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: Mantenimiento Preventivo

Trabajo realizado:

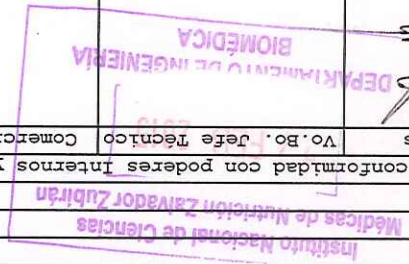
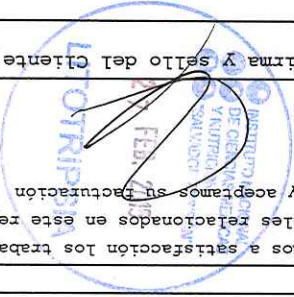
Se realiza Mantenimiento Preventivo acorde a protocolo
 Se limpian tapas y protectores internos de Uroskop
 se revisa y ajusta Generador , se limpia CPU se hacen respaldos de software
 se depura aplicación de sistema de imagen Fluoroscop
 Se realizan pruebas se deja funcionando correctamente

Trabajo Terminado (X) Si () No

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.
 En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionaran para conseguirlos.
 Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.
 Comentarlos del Cliente

Firmas en conformidad con poderes internos y Externos	Vo.Bo. Jefe Técnico Comercial/Servic.	Ing Cesar Sanchez
		Fecha
		Apellido
		Firma

Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación	Fecha:
Firma y sello del Cliente	



2

Protocolo de Servicio Preventivo Medical Solutions / AX / Fluoro New System

Fecha: 26 Feb 2015

Cliente: Inst Nal C.M. Nutricion Salvador Zubiran	Departamento / Sala: Urologia / RX
Equipo: Uroskop Acces	No. De Serie: 5251
Número de Reporte: 4040 000 74591	Fecha de Preventivo: 26, 27 FEB 2015

Actividades	SI	N.A
1.- Control de Seguridad	X	
Comprobación fijación de los armarios de distribución y pupitres	X	
Comprobar valor correcto de todos los fusibles	X	
Comprobar el estado de los cables externos	X	
Comprobar integridad y perfecta colocación de tapas y revestimientos	X	
Comprobar iluminación de lámpara roja en radioscopia y radiografía	X	
2.- Mantenimiento Preventivo		
Comprobar fijación de cables eléctricos en armarios y gabinetes	X	
Comprobar funcionamiento de conmutadores de emergencia	X	
Limpieza de partes generales, cables externos, partes internas del equipo	X	
Limpieza el monitor de video, consola de generador y mesa, sistema digital	X	
Limpieza de las óptica del intensificador de imagen, cámara de televisión,	X	
Generador de RX, mesa empazamiento y sistema digital, evaluación de Eventlog	X	
Engrase de partes y superficies de sistemas con movimiento	X	
Reemplazo de discos aislantes y aceite en terminales de alta tensión de los emisores.	X	
Verificar contactos y aislante en terminales del transformador de alta tensión	X	
Verificar y reemplazar baterías del sistema	X	
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema	X	
Comprobar y ajuste de valores de AC-DC en mesa, generador, monitores, sistema de tv	X	
Comprobar y ajuste de KV, mAs, mA de acuerdo a protocolo del generador de Rx	X	
Comprobar y ajuste tensión de bandas y placas en el serógrafo	X	
Realizar medición indirecta de calidad de imagen	X	
3.- Inspección de funciones		
Realizar control de movimientos y funciones del sistema	X	

Fecha de instalación del equipo	NOM-158-SSA1-1996	NOM-229-SSA1-2002
después del 2006		X

NOTA: La NOM-229-SSA1-2002 es vigente a partir del 16 de septiembre de 2006 la cual aplica para los equipo instalados a partir de esta fecha, para los equipos instalados antes del 16 de septiembre de 2006 aplica la NOM-158-SSA1-1996

Actividades	SI	No
Realizada		
4.- Reporte de Actividades que cumple con las Especificaciones de la norma	X	
Revisión y calibración del KVP rango de 60 a 100 KVP o mayor si el equipo lo permite en pasos de 20KV	X	
Revisión y calibración de mA para los diferentes puestos de trabajo (50mA, 100mA, 200mA, etc.)	X	
Revisión y ajuste del tamaño del campo de luz con el campo de radiación. La suma de las diferencias en cada eje no sea mayor al 2% DFI y que la suma total de las diferencias no sea mayor al 3% DFI.	X	

Resultados del Servicio:
 Normal
 Ver las anotaciones

Anotaciones:

Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición Salvador Zubiran
 27 FEB 2015
 Call Center BIOMÉDICA

Nombre y Firma Ingeniero: Cesar Alfredo Sanchez Davilla
 Fecha: 26.02.2015

Nombre y Firma Cliente: _____
 Fecha: _____

SIEMENS

Reporte de Servicio Técnico No.

EQ EF-00-006

INVEN/0706/21/05/114

MP R

Clase Servicio	:	Descripción: Mantenimiento Preventivo
Tipo de Servicio	:	
Pto. Trab.	:	MM201009 LOPEZ RAMIREZ JUAN CARLOS
ID Fiscal	:	

No. Personal	:	473746 LOPEZ RAMIREZ JUAN CARLOS
No. Cliente	:	
Nombre	:	I. Nal. de C. Medicas y Nutricion
Dirección	:	Sucursal Dir. Sucursal
Teléfono	:	Equipo
Técnica	:	No. Serie

Mano de Obra		Horas de Viaje				Horas de Trabajo			Total
Fecha	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra
27 08 15						11:30	17:30	6.0	
TOTALES									6.0

Material	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Numero de Remisión

Descripción de falla:

Trabajo realizado: Se realizó el **mantenimiento preventivo** al equipo **checkop**

Trabajo Terminado () Si () No

Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.

En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.

Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del cliente

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos

Técnicos	Vo. Bo. Jefe Técnico	Comercial/Servic.
Firma	Apellido	Fecha
	Lopez Ramirez	

Facturación

Fecha: _____

Firma y sello del cliente

Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS DE NUTRICION ZAVADORA ZUIDIAN

Protocolo de Servicio Preventivo Medical Solutions / AX / Fluoro New System

Cliente:	IN Nutrición
Equipo:	ROSKOP ACCESS
Número de Reporte:	5251
Departamento / Sala:	Urología
No. De Serie:	5251
Fecha de Preventivo:	27/08/2015

Fecha: 28/08/15

Actividades	SI	N.A
1.- Control de Seguridad	/	
Comprobación fijación de los armarios de distribución y pupitres	/	
Comprobar valor correcto de todos los fusibles	/	
Comprobar el estado de los cables externos	/	
Comprobar integridad y perfecta colocación de tapas y revestimientos	/	
Comprobar iluminación de lámpara roja en radioscopia y radiografía	/	
2.- Mantenimiento Preventivo		
Comprobar fijación de cables eléctricos en armarios y gabinetes	/	
Comprobar funcionamiento de conmutadores de emergencia	/	
Limpieza de partes generales, cables externos, partes internas del equipo	/	
Limpieza del monitor de video, consola de generador y mesa, sistema digital	/	
Limpieza de las ópticas del Intensificador de Imagen, cámara de televisión (si aplica).	/	
Generador de RX, mesa emplazamiento y sistema digital, evaluación de Eventlog	/	
Engrase de partes y superficies de sistemas con movimiento	/	
Reemplazo de discos aislantes y aceite en terminales de alta tensión de los emisores.	/	
Verificar contactos y aislar en terminales del transformador de alta tensión	/	
Verificar y reemplazar baterías del sistema	/	
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema	/	
Comprobar y ajuste de valores de AC-DC en mesa, generador, monitores, sistema de tv	/	
Comprobar y ajuste de KV, mA, mA de acuerdo a protocolo del generador de Rx	/	
Comprobar y ajuste tensión de bandas y placas en el serigráfico	/	
Realizar medición indirecta de calidad de imagen	/	
3.- Inspección de funciones		
Realizar control de movimientos y funciones del sistema	/	
4. Opción DIGITAL		
Evaluación de ganancia y contraste en imagen (SNR)	/	
Evaluación de calidad de imagen con Phantom RMI	/	
Revisión de computadora de adquisición	/	
Evaluación de calidad de imagen en monitores	/	
Verificación de envío de imágenes a impresora y archivo (solo si aplica)	/	
Respaldo de Configuración y SW	/	
5. SRS		
Revisión de Router SRS	/	
Ruta Estática con Servidor Malvern SRS	/	
Conectividad con Servidor Malvern SRS	/	
Configuración de FTP	/	
System Management Instalado Correctamente	/	
Fecha de instalación del equipo		
NOM-158-SSA1-1996		
NOM-229-SSA1-2002		
Aplica		

NOTA: La NOM-229-SSA1-2002 es vigente a partir del 18 de septiembre de 2006 la cual aplica para los equipo instalados a partir de esta fecha, para los equipos instalados antes del 16 de septiembre de 2006 aplica la NOM-158-SSA1-1996

Insituto Nacional de Ciencias
Médicas de Nutrición Salvador Zubirán

Nombre y Firma Ingeniero:	pro. Luis G. G. / 28/08/15
Nombre y Firma Cliente:	Enrique Herrera / 28/08/15
Fecha:	28/08/15

Reporte de Servicio Técnico No.

Clase Servicio : Descripción: *Mantenimiento Preventivo*
 ID Fiscal : *H1206002*
 Pto. Trab. :
 Tipo de Servicio :
 No. Personal :
 No. Cliente :
 Nombre :
 Dirección :
 Teléfono :
 Técnicas :

Objeto Costos : *473439 JOSE Luis Ortiz*
 Dir. Sucursal : *IN Nutrición*
 Solicitado por : *Rx Fijz*
 No. Serie :
 Equipo :
 UROS KOP ACCESS : *5251*
 IN Nutrición :

Mano de Obra		Horas de Viaje				Horas de Trabajo			
Fecha	Act. Año	Salida	Illegada	VEJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	Total
02/08/15				8:30	17:30	8:5			8:5
28/08/15				8:30	16:00	7:0			7:0
TOTALS									

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: *Se realiza mantenimiento preventivo*
 Trabajo realizado: *do acuerdo a protocolo Anexo*
 Trabajo Terminado () SI () No

Garantía: Los servicios de mano de obra y relaciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.
 En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este comprobante nos reservamos el derecho de facturar los gastos de viajes adicionales que se ocasionarán para conseguirlos.
 Estoy de acuerdo en que una vez terminado el trabajo y recibidos los servicios ejecutados por Siemens S.A. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, horas y gastos de viaje, relaciones y otros materiales en esta planilla para su pago.
 Comentarios del Cliente

Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS TÉCNICOS
 BOMBIEROS
 Firma y sello del Cliente
 Fecha:

Firmas en conformidad con poderes internos y Externos
 Vo. Bo. Jefe Técnico Comercial/Servic.
 Firmas en conformidad con poderes internos y Externos

Protocolo de Servicio Preventivo
 Medical Solutions / AX / Fluoro New System

Cliente:	M. N. N. S. S. S.
Equipo:	UR05K0P ACCESS
Número de Reporte:	5251
Departamento / Sala:	Urología
No. De Serie:	5251
Fecha de Preventivo:	23 y 28 Mayo 15

Fecha: 28 Mayo 15

Actividades	SI	Realizada
1.- Control de Seguridad	SI	Realizada
Comprobación fijación de los armarios de distribución y pupitres	✓	
Comprobar valor correcto de todos los fusibles	✓	
Comprobar el estado de los cables externos	✓	
Comprobar integridad y perfecta colocación de tapas y revestimientos	✓	
Comprobar iluminación de lámpara roja en radioscopia y radiografía	✓	
2.- Mantenimiento Preventivo	SI	Realizada
Comprobar fijación de cables eléctricos en armarios y gabinetes	✓	
Comprobar funcionamiento de computadores de emergencia	✓	
Limpieza de partes generales, cables externos, partes internas del equipo	✓	
Limpieza el monitor de vídeo, consola de generador y mesa, sistema digital	✓	
Limpieza de las óptica del Intensificador de Imagen, cámara de televisión (si aplica)	✓	
Generador de RX, mesa emplazamiento y sistema digital, evaluación de Eventlog	✓	
Engrase de partes y superficies de sistemas con movimiento	✓	
Reemplazo de discos aislantes y aceite en terminales de alta tensión de los emisores.	✓	
Verificar contactos y aislante en terminales del transformador de alta tensión	✓	
Verificar y reemplazar baterías del sistema	✓	
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema	✓	
Comprobar y ajuste de valores de AC-DC en mesa, generador, monitores, sistema de tv	✓	
Comprobar y ajuste de KV, mA, de acuerdo a protocolo del generador de Rx	✓	
Comprobar y ajuste tensión de bandas y placas en el serigrato	✓	
Realizar medición indirecta de calidad de imagen	✓	
3.- Inspección de funciones	SI	Realizada
Realizar control de movimientos y funciones del sistema	✓	
4. Opción DIGITAL	SI	Realizada
Evaluación de ganancia y contraste en imagen (SNR)	✓	
Evaluación de calidad de imagen con Phantom RMI	✓	
Revisión de computadora de adquisición	✓	
Evaluación de calidad de imagen en monitores	✓	
Verificación de envío de imágenes a impresora y archivo (solo si aplica)	✓	
Respaldo de Configuración y SW	✓	
5. SRS	SI	Realizada
Revisión de Router SRS	✓	
Ruta Estática con Servidor Malvern SRS	✓	
Conectividad con Servidor Malvern SRS	✓	
Configuración de FTP	✓	
System Management Instalado Correctamente	✓	
Fecha de instalación del equipo	NOM-158-SSA1-1996	Aplica
	NOM-229-SSA1-2002	Aplica

NOTA: La NOM-229-SSA1-2002 es vigente a partir del 16 de septiembre de 2006 la cual aplica para los equipos instalados a partir de esta fecha.

INSTITUTO NACIONAL de Ciencias Médicas de Nutrición Zamador Zubirán

Nombre y Firma Ingenerero:	Fecha:
<i>[Firma]</i>	28 Mayo 15
Nombre y Firma Cliente:	Fecha:
<i>[Firma]</i>	
Call Center	