DIRECCIÓN QUIRÚRGICA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE APOYO

**ORDEN DE SERVICIO DE EQUIPO BIOMÉDICO**

**Estado de orden** Estado: **No. de Orden:**

REGISTRO DEL EQUIPO ÁREA SOLICITANTE

**Accesorios y/o comentarios:**

**Serie:**

**Perteneciente a:**

**Marca:**

**Modelo:**

**Equipo:**

**Inventario:**

**No. de control:**

**Extensión**

/ / :

**Fecha/ hora de recepción del reporte:**

**Servicio: Ubicación:**

**Localización (Cpo.):**

**Nombre del solicitante:**

REPORTE DE ÁREA

**Ing./Téc. que recibe solicitud:**

/ / :

**Fecha y hora de atención de reporte:**

**Código de reporte:**

**Descripción de la falla o problema presentado:**

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de servicio realizado: | **Fecha de realización:**  **Nombre del Ing./Téc. externo:** |
| **Empresa:**  **Detalle, servicio realizado:** |
| **Minutos empleadas por IB: Ing./Téc. que realizó el servicio: Falla encontrada:**  **Reparación realizada: Observación a considerar:**  **Nombre y firma del Ing./Téc. que supervisó el servicio:**  **Comentarios en relación con el servicio realizado: Instrumentos de calibración:** | |

REFACCIONES UTILIZADAS

Introduzca la refacción y cantidad utilizada:

RECEPCIÓN DEL SERVICIO

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha y hora de la entrega:** / / : **Ing./Téc. que entrega el servicio:** |  |
| **Firma de conformidad del servicio y recepción de copia** |

**F01 PR SSQ 05 Rev 07 DIC 20 Ext. 16162, 16164 y 16158**

**Departamento de Ingeniería Biomedica**

Av. México Xochimilco 289 Col. Arenal de Guadalupe CP. 14389, Delegación Tlalpan, México, D.F.