|  |
| --- |
| **IDENTIFICACION DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE** |
| Investigador Responsable | **:** |  | CR | **:**  | **3881-012-81** |
| Edificio / Lab. | **:** |  | Departamento | **:** |  |
| Fecha Inspección | **:** |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPCION DEL EQUIPO** |
| Nombre Equipo | Marca | Modelo  | N° Serie |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPCION DE LOS ACCESORIOS** |
| Nombre Accesorio | Marca | Modelo  | N° Serie |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR** |
| Empresa | : |  | Fono | : |  |
| Dirección | : |  |
| Contacto Ventas | : |  | Correo | : |  |

|  |
| --- |
| **PERIODO DE GARANTIAS (sólo si corresponden)** |
| Equipo o Accesorios | Inicio | Término | N° Mantenciones Preventivas por Garantía | Periodicidad recomendada por proveedor |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **REVISION (marque con una X)** |
| Inspección Visual | Pruebas de Funcionamiento |
| Aprueba | : |  | Reprueba | : |  | Aprueba | : |  | Reprueba | : |  |
| **ALIMENTACION ELECTRICA** |
| **Alimentación eléctrica Baterías o Pilas** |
| Voltaje (V) | : |  |  | Tipo | : |  |  | Cantidad pilas/baterías | : |  |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES DEL SERVICIO POST VENTA** |
| Empresa | : |  | Fono | : |  |
| Dirección | : |  |
| Contacto Post-Venta | : |  | Correo | : |  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACION ADJUNTA (marque con una X)** |
| Protocolo de mantenimiento preventivo | : |  |  | Manual de servicio | : |  |
| Guía de despacho | : |  |  | Cotización | : |  |
| Manual usuario | : |  |  | Póliza de garantía | : |  |

S/I : Sin Información

N/A : No aplica

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Responsable de Recepción** |  | **Investigador Responsable** |  | **Supervisor de Operaciones** |

**INSTRUCCIONES DE LLENADO**

Cada uno de estos campos debe ser completado con la siguiente información:

Responsable Se debe ingresar el nombre de la persona responsable del Departamento que adquiere el equipo médico y que realizara la recepción.

Fecha Inspección: Se debe registrar la fecha en que se realiza dicha inspección.

Departamento: Se debe ingresar el servicio en el que el equipo será instalado.

CR: Se debe ingresar el centro de resultado del servicio registrado en el punto anterior.

|  |
| --- |
| **DESCRIPCION DEL EQUIPO** |

- Nombre Equipo: Se debe ingresar el tipo de equipo, ejemplo “Monitor de Signos Vitales”

- Marca: Se debe ingresar la marca del equipo, ejemplo “Philips”

- Modelo: Se debe ingresar el modelo del equipo, ejemplo “MP 40”

- N° Serie: Se debe ingresar la serie del equipo, ejemplo “S/N 123456789”

|  |
| --- |
| **DESCRIPCION DE LOS ACCESORIOS** |

- Nombre accesorio: Se debe ingresar el tipo de accesorio, ejemplo “Rotor”

- Marca: Se debe ingresar la marca del accesorio, ejemplo “Hermle”

- Modelo: Se debe ingresar el modelo del accesorio, ejemplo “Swing out 4x100 ML2326”

- N° Serie: Se debe ingresar la serie del accesorio, ejemplo “S/N 123456789”

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR** |

- Empresa: Se debe ingresar la empresa que suministra el equipo, ejemplo “Andover”

- Fono: Se debe registrar el número telefónico y el fax de la empresa.

- Dirección: Se debe ingresar la dirección de la empresa ingresada con anterioridad.

- Contacto ventas: Se debe registrar el nombre del vendedor de contacto en la empresa.

- Correo : Se debe ingresar el correo electrónico del vendedor ingresado en el punto anterior.

|  |
| --- |
|  **PERIODOS DE GARANTIAS (sólo si corresponde)** |

- Equipo o Accesorios: Se debe ingresar el detalle del producto en Garantía.

- Inicio Se debe ingresar la fecha de comienzo de la Garantía correspondiente.

- Término Se debe ingresar la fecha de finalización de la Garantía correspondiente.

- Nº de Mantenciones

 Preventivas por garantía: Se debe ingresar el número de Mantenimientos Preventivos que incluye por efecto de garantía.

- Periodicidad recomendada:

 Por proveedor Se debe ingresar la periodicidad de los Mantenimientos Preventivos recomendada por la empresa, ejemplo “2 MP cada 6 meses”

|  |
| --- |
| **INSPECCION TECNICA** |

Esta labor recae directamente en el usuario final del área correspondiente.

**Inspección visual:** Antes de cualquier revisión técnica se debe realizar una inspección visual con el fin de asegurarse que el equipo y su embalaje no tengan algún daño o deterioro superficial.

**Funcionamiento:** Luego de que la etapa anterior haya sido aprobada se procede a la revisión operacional del equipamiento médico.

|  |
| --- |
| **Alimentación eléctrica**  |

**Alimentación eléctrica:** Se debe ingresar el voltaje, tipo (monofásico o trifásico) y cantidad de pilas o baterías que el equipo necesita para su funcionamiento Según catálogos.

Si esta etapa no aplica, indicarlo en la casilla correspondiente.

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES SERVICIO DE POST-VENTA** |

- Empresa: Se debe ingresar la empresa que suministra el equipo, ejemplo “Baxter”

- Fono : Se debe registrar el número telefónico y el fax de la empresa.

- Dirección: Se debe ingresar la dirección de la empresa ingresada con anterioridad.

- Contacto Post ventas: Se debe registrar el nombre del vendedor de contacto en la empresa.

- Correo electrónico: Se debe ingresar el correo electrónico del vendedor ingresado en el punto anterior.

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACION ADJUNTA** |

Se deben adjuntar a este registro los siguientes documentos:

* Protocolo de mantenimiento preventivo - Manual de servicio (opcional)
* Guía de despacho (opcional) - Cotización
* Manual de usuario - Póliza de garantía

|  |
| --- |
| **ACREDITA CONFORMIDAD** |

Luego de cumplidas todas las etapas del documento debe acreditar conformidad el Usuario final (receptor), el Jefe de Servicio Académico o Laboratorio y el Supervisor de Operaciones por medio de una firma.