

Reporte de Servicio Técnico No. 404000061528

Inv. GACA MN.003

Clase Servicio :	Descripción: MANTTO PREVENTIVO	Ord. Serv. :	
Tipo de Servic. :		Fecha :	
Pto. Trab. :	MM204001 Cardenas Garcia Jorge A.	Hora :	
ID Fiscal :		Consecutivo :	

No. Personal : 11510559	CARDENAS GARCIA JORGE A.	Objeto Costos :	
No. Cliente :	Ins Nacional de Ciencias	Sucursal :	
Nombre :	Medicas y Nutricion	Dir. Sucursal :	
Dirección :		Solicitado por :	
Teléfono :		Equipo :	Ecsm Single
Técnica : MI		No. Serie :	2004

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
6	3	14		06:30	19:30			08:30	17:30	8.5		
7	3	14		10:30	19:30			11:00	17:30	6.5		

Materiales				
Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: _____

Trabajo realizado: Se realizó mantenimiento preventivo de acuerdo a protocolo anexo

Equipo funcionando: _____

Se utilizó instrumento de medición: multímetro Fluke, modelo 8060, serie 74050001

se anexa certificado de calibración CLAM-0306-14, Fecha de Calibración Febrero 10, 2014

vigencia 12 meses

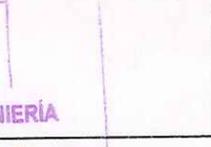
Trabajo Terminado (X) Si () No

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 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 materiales relacionados 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 Cardenas Fecha	 DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA	

RECIBIMOS A SATISFACCIÓN LOS TRABAJOS Y MATERIALES RELACIONADOS EN ESTE REPORTE Y ACEPTAMOS SU FACTURACIÓN

10 MAR 2014

Firma y sello del Cliente

Fecha: _____

Cliente

SIEMENS

Protocolo de Servicio GAMMACAMARAS E.CAM

Fecha: 07.03.14

Cliente: Ins. Nacional de Nutricion	Departamento: Medicina Nuclear
Equipo: Gammacamara Ecam Single	No. De Serie: 2004
Servicio: Preventivo	Versión Software: ICON

Actividades	Realizada?	
	Si	N.A
1. Inspección externa		
Chequeo del gantry	✓	
Chequeo de la mesa	✓	
Chequeo de los computadores de adquisición y procesamiento	✓	
Chequeo del Colimador (es)	✓	
2. Inspección del área de trabajo		
Medir temperatura máx. 26° C	✓	
3. Inspección de seguridad		
Chequeo de las paradas de emergencia derecha/izquierda	✓	
Chequeo de la parada de emergencia remota	✓	
Chequeo de los controles de mano	✓	
Chequeo de la secuencia de HOME del sistema	✓	
Chequeo del embrague de angulación caudal	✓	
Chequeo del COR mecánico de los detectores	✓	
Chequeo de la operación de cambio de los colimadores	✓	
Chequeo del desgaste de bandas del carro porta-colimador	✓	
Chequeo de los interruptores del carro porta-colimador	✓	
Chequeo de los C-FRAME	✓	
Chequeo de los cables en movimiento, en sus puntos de desgaste	✓	
Chequeo de la reconfiguración /puntos de parada/segmentos	✓	
Chequeo de los frenos de rotación	✓	
Chequeo de la operación de rotación del gantry	✓	
Chequeo de la toma de cables resortada/cable metálico	✓	
Chequeo los interruptores de posición arriba/debajo del soporte trasero	✓	
Chequeo del nivel del soporte trasero	✓	
Chequeo de fricción de la cubierta del soporte trasero	✓	
Chequeo de las ruedas de transporte del soporte trasero	✓	
Chequeo de la tensión de la correa de desplazamiento arriba/abajo, camilla frontal	✓	
Chequeo de la tensión de la correa de desplazamiento horizontal, camilla frontal	✓	
Chequeo de la bandeja de paciente	✓	
Chequeo del desplazamiento vertical y sus componentes	✓	
Chequeo del seguro de posición de cerebro y el mecanismo de freno	✓	
Chequeo de los pedales y anclajes	✓	
Chequeo de los interruptores de los descansa brazos/bandeja de paciente libre	✓	
Chequeo de la posición de almacenamiento de la camilla frontal	✓	
Chequeo de la altura de la camilla frontal con el soporte trasero	✓	
4. Inspección de desgaste		
Chequee tensiones y desgastes de cable entre la torre y el computador de procesamiento	✓	
Chequeo de cable entre detector y los detectores	✓	
Chequeo cableado de potencia de la torre	✓	
Chequeo cables de red de los computadores	✓	
5. Mantenimiento preventivo		
Chequear y limpiar las siguientes superficies:		
Limpiar las superficies externas del anillo del gantry		

Nombre y Firma Ingeniero:
Ing. Jorge A. Gárgenas
Fecha: 07.03.14

Nombre y Firma Cliente:
Fecha: 07.03.2014
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMÉDICA

Nombre y Firma Jefe Técnico:
10 MAR 2014
Fecha:
INST. NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"
MEDICINA NUCLEAR
F-Med-850/P005-12
(11.06)

SIEMENS

Protocolo de Servicio GAMMACAMARAS E.CAM

Actividades	Realizada?	
	Si	N.A
Limpiar riel del gantry	/	
Limpiar tapas del gantry	/	
Limpiar monitor PPM del gantry	/	
Limpiar cubiertas de la mesa	/	
Limpiar pedales de la mesa	/	
Chequear y limpiar filtros de aire, cambiar si es necesario	/	
Lubricar partes mecánicas del detector	/	
Lubricar partes mecánicas del gantry	/	
Limpiar tornillo ACME de la mesa	/	
Limpiar eje axial	/	
Lubricar guías horizontal y vertical de la mesa	/	
Chequeo de valores de operación	/	
Medir fuentes del detector	/	
Medir fuentes de la torre	/	
6. Chequeo de funciones		
Ejecutar diagnósticos (DIP)	/	
Chequeo rotación (2 sentidos) del detector	/	
Chequeo mesa de paciente subida y bajada	/	
Chequeo mesa en movimiento horizontal	/	
7. Inspección de la calidad de imagen		
Flood (valor de pico)	/	
Flood (5% abajo del pico)	/	
Flood (5% arriba del pico)	/	
Resolución intrínseca	/	
Recorrido de cuerpo entero (sobre la mesa)	/	
Chequee datos de centro de rotación	/	

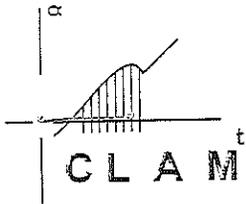
Resultados del Servicio:

- Normal
 Ver las anotaciones

Anotaciones:

Grupo de Metrología CLAM, S.A. de C.V.

Misión de Santiago N° 15 Col. Las Misiones, Misión de San Pablo, Naucalpan de Juárez,
Estado de México. 53140 Tel: 5343-9739, 5343-8344



INFORME DE CALIBRACION

Página 1 de 4

INFORME: CLAM-0306-14

Orden de recepción: 16650-2

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

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

DATOS DEL INSTRUMENTO EN CALIBRACION

Designación: MULTIMETRO DIGITAL
Marca: FLUKE
Modelo: 8060 A
Identificación: S/C
Serie: 74050001

Fecha de calibración: 2014 FEBRERO 10
Fecha de emisión: 2014 FEBRERO 10
Fecha de recepción: 2014 FEBRERO 06

CONDICIONES DE LA CALIBRACION

Temperatura ambiente: $23.4\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 1\text{ }^{\circ}\text{C}$
Humedad relativa: $35.8\% \pm 5\% \text{ H.R.}$
Procedimiento de calibración y método empleado:
CLAM-PC-03 método directo
CLAM-PC-04 método directo
CLAM-PC-05 método directo

DATOS DEL PATRON DE REFERENCIA

Descripción: CALIBRADOR
MULTIFUNCIONES
Marca: FLUKE
Modelo: 5500A
Serie: 8080020
Identificación: CLAM-E010
Calibración: SEPRI
Trazabilidad: CENAM
Vigencia: 2014 AGOSTO 20

Vigencia de calibración: 12 meses
a solicitud del cliente

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.

Revisó y Aprobó:

Calibró:

LFM: Daniel Ramírez Fuentes
Jefe de Laboratorio

Tec. Emilia Cirilo Enríquez
Metrólogo



Número de acreditación N° E-28
Vigencia de acreditación a partir de 2012-04-16.
Acreditación otorgada bajo la norma NMX-EC-17025-IMNC-2006 ISO/IEC 17025:2005 Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y de calibración

LOS RESULTADOS DE ESTE INFORME SON VALIDOS BAJO LAS MISMAS CONDICIONES DE CALIBRACION
ESTE DOCUMENTO ES VALIDO, SOLAMENTE EN SU ESTADO ORIGINAL Y NO DEBE SER REPRODUCIDO EXCEPTO EN SU TOTALIDAD

Reporte de Servicio Técnico No. 404000067871

INVENTARIO 6ACA-UN-003

Clase Servicio :	Descripción: MANTO PREVENTIVO	Ord. Serv. :
Tipo de Servic. :		Fecha :
Pto. Trab. :	MM204001	Hora :
ID Fiscal :		Consecutivo :

No. Personal :	475621 CARDENAS GARCIA JORGE A.	Objeto Costos :
No. Cliente :		Sucursal :
Nombre :	HOSP. NACIONAL CIENCIAS MEDICAS Y NUCLEARES	Dir. Sucursal :
Dirección :		Solicitado por :
Teléfono :		Equipo :
Técnica :	MEDICINA NUCLEAR	No. Serie :

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
04	09	14		06:30				08:30	17:30			
05	09	14		06:30				08:30				

Materiales				
Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: _____

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

Equipo Funcionando

Se utiliza Multímetro digital marca Fluke, Modelo 8060A serie 74050601, con informe de calibración CUAM-0306-14 con vigencia de 12 meses a partir de 10/Enero/2014

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	No. Bo.	Jefe Técnico Comercial/Servic.
Firma	Cardenas	
Apellido		
Fecha		

Equipo Funcionando correctamente

05 SEP 2014

DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA

Cliente

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

05 SEP 2014

Firma y Sello del Cliente

Fecha:

Fecha: 05.09.14

Cliente: INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION	Departamento: MEDICINA NUCLEAR
Equipo: GAMMACAMARA ECAM	No. De Serie: 2004
Servicio: PREVENTIVO	Versión Software: 1000

Actividades	Realizada?	
	Si	N.A
1. Inspección externa	✓	
Chequeo del gantry	✓	
Chequeo de la mesa	✓	
Chequeo de los computadores de adquisición y procesamiento	✓	
Chequeo del Colimador (es)	✓	
2. Inspección del área de trabajo		
Medir temperatura máx. 26° C	✓	
3. Inspección de seguridad		
Chequeo de las paradas de emergencia derecha/izquierda	✓	
Chequeo de la parada de emergencia remota	✓	
Chequeo de los controles de mano	✓	
Chequeo de la secuencia de HOME del sistema	✓	
Chequeo del embrague de angulación caudal	✓	
Chequeo del COR mecánico de los detectores	✓	
Chequeo de la operación de cambio de los colimadores	✓	
Chequeo del desgaste de bandas del carro porta-colimador	✓	
Chequeo de los interruptores del carro porta-colimador	✓	
Chequeo de los C-FRAME	✓	
Chequeo de los cables en movimiento, en sus puntos de desgaste	✓	
Chequeo de la reconfiguración /puntos de parada/segmentos	✓	
Chequeo de los frenos de rotación	✓	
Chequeo de la operación de rotación del gantry	✓	
Chequeo de la toma de cables resortada/cable metálico	✓	
Chequeo los interruptores de posición arriba/debajo del soporte trasero	✓	
Chequeo del nivel del soporte trasero	✓	
Chequeo de fricción de la cubierta del soporte trasero	✓	
Chequeo de las ruedas de transporte del soporte trasero	✓	
Chequeo de la tensión de la correa de desplazamiento arriba/abajo, camilla frontal	✓	
Chequeo de la tension de la correa de desplazamiento horizontal, camilla frontal	✓	
Chequeo de la bandeja de paciente	✓	
Chequeo del desplazamiento vertical y sus componentes	✓	
Chequeo del seguro de posición de cerebro y el mecanismo de freno	✓	
Chequeo de los pedales y anclajes	✓	
Chequeo de los interruptores de los descansa brazos/bandeja de paciente libre	✓	
Chequeo de la posición de almacenamiento de la camilla frontal	✓	
Chequeo de la altura de la camilla frontal con el soporte trasero	✓	
4. Inspección de desgaste		
Chequee tensiones y desgastes de cable entre la torre y el computador de procesamiento	✓	
Chequeo de cable entre detector y los detectores	✓	
Chequeo cableado de potencia de la torre	✓	
Chequeo cables de red de los computadores	✓	
5. Mantenimiento preventivo		
Chequear y limpiar las siguientes superficies:		
Limpiar las superficies externas del anillo del gantry	✓	

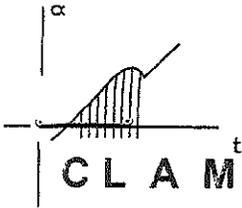
Nombre y Firma Ingeniero: Ing. Jorge A. Cardenas
Fecha:

Nombre y Firma Cliente:
Fecha:

Nombre y Firma Jefe Técnico:
Fecha:

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRAN
05 SEP 2014
MEDICINA NUCLEAR

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
F-Med-850/P005-12
(11.06)



Grupo de Metrología CLAM, S.A. de C.V.

Misión de Santiago N° 15 Col. Las Misiones, Misión de San Pablo, Naucalpan de Juárez,
Estado de México. 53140 Tel: 5343-9739, 5343-8344

INFORME DE CALIBRACION

Página 1 de 4

INFORME: CLAM-0306-14

Orden de recepción: 16650-2

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

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

DATOS DEL INSTRUMENTO EN CALIBRACION

Descripción: MULTIMETRO DIGITAL
Marca: FLUKE
Modelo: 8060 A
Identificación: S/C
Serie: 74050001

Fecha de calibración: 2014 FEBRERO 10
Fecha de emisión: 2014 FEBRERO 10
Fecha de recepción: 2014 FEBRERO 06

CONDICIONES DE LA CALIBRACION

Temperatura ambiente: $23.4\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 1\text{ }^{\circ}\text{C}$
Humedad relativa: $35.8\% \pm 5\% \text{ H.R.}$

Procedimiento de calibración y método empleado:

CLAM-PC-03 método directo
CLAM-PC-04 método directo
CLAM-PC-05 método directo

DATOS DEL PATRON DE REFERENCIA

Descripción: CALIBRADOR
MULTIFUNCIONES
Marca: FLUKE
Modelo: 5500A
Serie: 8080020
Identificación: CLAM-E010
Marca: SEPRI
Trazabilidad: CENAM
Vigencia: 2014 AGOSTO 20

Vigencia de calibración: 12 meses
a solicitud del cliente

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.

Revisó y Aprobó:

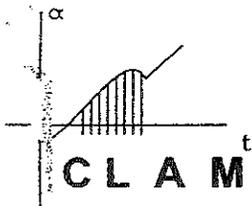
Calibró:

LFM: Daniel Ramírez Fuentes
Jefe de Laboratorio

Tec. Emilia Cirilo Enríquez
Metrólogo



Número de acreditación N° E-28
Vigencia de acreditación a partir de 2012-04-16.
Acreditación otorgada bajo la norma NMX-EC-17025-IMNC-2006 ISO/IEC 17025:2008 Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y de calibración



Grupo de Metrología CLAM, S.A. de C.V.

Misión de Santiago N° 15 Col. Las Misiones, Misión de San Pablo, Naucalpan de Juárez,
Estado de México. 53140 Tel: 5343-9739, 5343-8344

Página 5 de 5

INFORME: CLAM-2605-07

Orden de recepción: 7665-2

DATOS DE CALIBRACIÓN

MAGNITUD

INTENSIDAD DE CORRIENTE ALTERNA

INTERVALO	VALOR DE REFERENCIA	VALOR. BAJO PRUEBA	ERROR ABSOLUTO	ERROR RELATIVO	± INCERT. EXPANDIDA
60 Hz	A	A	A	%	%
5 A	1,0000	0,9995	-0,0005	-0,05	0,10
	2,5000	2,4987	-0,0013	-0,05	0,11
	5,0000	4,9971	-0,0029	-0,06	0,078
10 A	2,000	1,999	-0,001	-0,05	0,094
	5,000	4,994	-0,006	-0,12	0,078
	10,000	9,990	-0,010	-0,10	0,062

DATOS DE CALIBRACIÓN

MAGNITUD

CAPACITANCIA

INTERVALO	VALOR DE REFERENCIA	VALOR BAJO PRUEBA	ERROR ABSOLUTO	ERROR RELATIVO	± INCERT. EXPANDIDA
	nF	nF	nF	%	%
10 nF	2,00	2,01	0,01	0,50	0,83
	5,00	5,01	0,01	0,20	0,55
	10,00	10,02	0,02	0,20	0,47
100 nF	20,0	20,0	0,0	0,00	0,65
	50,0	50,1	0,1	0,20	0,37
	100,0	100,2	0,2	0,20	0,28
	μF	μF	μF	%	%
1 μF	0,200	0,200	0,000	0,00	0,42
	0,500	0,500	0,000	0,00	0,37
	1,000	1,001	0,001	0,10	0,28
10 μF	2,00	2,00	0,00	0,00	0,48
	5,00	5,00	0,00	0,00	0,44
	10,00	10,00	0,00	0,00	0,35
100 μF	20,0	20,0	0,0	0,00	0,51
	50,0	49,9	-0,1	-0,20	0,55
	100,0	99,8	-0,2	-0,20	0,47

Clase Servicio	Descripción: <u>Mantenimiento preventivo</u>	Ord. Serv. <u>4040000 61529</u>
Tipo de Servic.		Fecha
Pto. Trab.		Hora
ID Fiscal		Consecutivo

No. Personal <u>473403/11090318</u>	Objeto Costos
No. Cliente <u>Aguirre Toyar</u>	Sucursal <u>J.S. J.N.C.M. y Nutrición.</u>
Nombre <u>Alojandro</u>	Dir. Sucursal <u>Vasco de Quiroga</u>
Dirección	Solicitado por <u>Mer.D.F.</u>
Teléfono	Equipo <u>LITHOSTAR MODULARIS</u>
Técnica	No. Serie <u>1172</u>

Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal		Extra
05	03	14		7.0	9.0	0.5		9.0	20.5	8.0	3.0	11.5
06	03	14		12.5	14.0	1.0		14.0	17.5	3.5		17.5
07	03	14		11.0	12.0	1.0		12.0	17.5	5.0		17.0
TOTALES												

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión
Materiales <u>Multímetro Digital FLUKE 8060 Ser. no. 5413190</u>				

Descripción de falla: Servicio programado

Trabajo realizado: Inspección visual, Inspección y Seguridad mecánica y eléctrica, Mantenimiento Preventivo conforme a protocolo, Inspección de funciones antes y después del servicio, dejando el equipo Operativo con pizarras.

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			Recibimos con satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación. INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS DE NUTRICIÓN ZAVADOR ZUBIRÁN 10 MAR 2014 BIOMÉDICA DE INGENIERÍA Einarso Herrera J. Firma y sello del Cliente
Técnicos	Vº.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Servic.	
Firma	<u>[Firma]</u>		Fecha:
Apellido	<u>Aguirre</u>		
Fecha	<u>07/mar/14</u>	<u>D. Silva.</u>	

Cliente

CONTROL J.B. KHE-RK-007
 LIT-00-007
 No. Contrato pendiente



Protocolo de Mantenimiento Preventivo
Healthcare / SP / Lithostar Modularis URO

Fecha: 07/03/14

Cliente: J.N.C.M. y Normán.	Departamento / Sala: Litocripsia
Equipo: Lithostar Modularis	No. De Serie: 1172
Número de Reporte: 404000061529	Fecha de Preventivo: 5 y 6 marzo / 2014

Actividades	Realizada	
	SI	NA.
1. Inspección mecánica		
Checar todas las cubiertas por posible daño mecánico.	✓	
Checar el cableado externo e interno por posible daño, o falta de aislamiento.	✓	
2.- Inspección eléctrica		
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		
Checar frenado y liberación de transporte del equipo.	✓	
Checar frenado y liberación del brazo cabezal de onda de choque y su nivelamiento.	✓	
Checar el buen engarce de las extensiones de mesa.	✓	
Checar lubricación de baleros en guías quitando el exceso que quedare.	✓	
Checar amortiguador valorando juego que tuviere la basculación manual de la mesa.	✓	
Checar y reemplazar baterías del sistema.		✓
Evaluar el error Log del sistema.	✓	
Evaluar el isocentro acoplado el equipo a la fluoroscopia y corregir si fuere necesario.	✓	
Checar los bloqueos 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		
Drenar circuito hidráulico, lavar depósito, bomba de acoplamiento, filtro, y membrana.	n.a.	
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.	n.a.	
Eliminar burbujas del cabezal efectuando el "enjuague" repetidas veces.	✓	
5.- Inspección de funciones		
Realizar control de movimientos con y sin pedales, y funciones del sistema de mando.	✓	

Instrumentos de medición

Instrumento	Identificación/No. de Serie
Multímetro Digital	FLUKE / 5445190
-	-
-	-

Anotaciones

Nombre y Firma Ingeniero: <i>Alejandro Aguirre Tovar</i> Fecha: 07/mar/2014	Nombre y Firma Cliente: <i>[Firma]</i> Fecha:	Call Center
---	---	-------------

MP/OK

Clase Servicio :	Descripción: Mantenimiento preventivo	Ord. Serv. : 404000067911
Tipo de Servic. :		Fecha :
Pto. Trab. : MM209002 Enrique Pantoja Rebollo		Hora :
ID Fiscal :		Consecutivo :

No. Personal : 11086369 ENRIQUE PANTOJA REBOLLO	Objeto Costos :
No. Cliente :	Sucursal Just. Nat. de C Med y Nutricion S7
Nombre :	Dir. Sucursal :
Dirección :	Solicitado por :
Teléfono :	Equipo Litotripsy Modulais v20
Técnica :	No. Serie 1172

Mano de Obra											
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo			Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra
03	09	14						08:30	17:30	8.5	
<p style="text-align: right;">TOTALS</p>										8.5	8.5

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: **Mantenimiento preventivo**

Trabajo realizado: **Se realizó revisión general de equipo
Se corrigió posición de membrana
Se realizó engrase de partes mecánicas de equipo
Se cambió agua en unidad de tratamiento
Se inició mantenimiento preventivo de acuerdo a protocolo
No se requirió equipo de medición.**

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
 Médicas de Nutrición Salvador Zubirán
04 SEP 2014
 DEPARTAMENTO DE INGENIERIA
 BIOMÉDICA

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		
Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Servic.
<i>[Signature]</i>	04 SET. 2014 LITOTRIPSIA	<i>[Signature]</i>

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

Firma y sello del Cliente

Fecha:

Cliente

Control IB: ATEL-10-001

SIEMENS Contrato: INUM/706/2 /AD /091/14

Reporte de Servicio Técnico No. 404000067911

Clase Servicio :	Descripción: Mantenimiento preventivo	Ord. Serv. 404000067911
Tipo de Servic. :		Fecha :
Pto. Trab. : MM209002 Enrique Pantoja Rebollo		Hora :
ID Fiscal :		Consecutivo :

No. Personal : 11086369 ENRIQUE PANTOJA REBOLLO	Objeto Costos :
No. Cliente :	Sucursal Inst. Nal. de C Med y Nutrición S7
Nombre :	Dir. Sucursal :
Dirección :	Solicitado por :
Teléfono :	Equipo : Litotripto; Modulais URO
Técnica :	No. Serie : 1172

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
03	09	14						08:30	17:30	8.5		8.5
TOTALES												

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: Mantenimiento preventivo

Trabajo realizado: Se realizó revisión general de equipo
Se corrigió posición de membrana
Se realizó engrase de partes mecánicas de equipo
Se cambió agua en unidad de tratamiento
Se inició mantenimiento preventivo de acuerdo a protocolo
No se requirió equipo de medición.

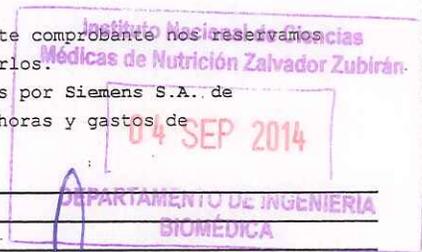
Trabajo Terminado (X) Si () No

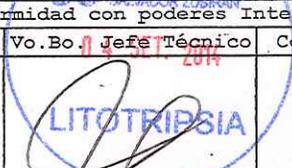
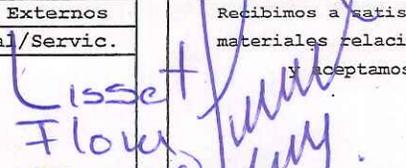
Garantía: Los servicios de mano de obra y refacciones tienen una garantía a partir de la fecha de realización de 30 días calendario.

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 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			
Firma y sello del Cliente			Fecha:

Control B: 1121-00-001

SIEMENS

Reporte de Servicio Técnico No.

Clase Servicio	Descripción: Mantenimiento Preventivo	Ord. Serv.	404000067911
Tipo de Servic.		Fecha	
Pto. Trab.		Hora	
ID Fiscal		Consecutivo	

No. Personal	473403/11090318 Aguirre Tovar Alejandro.	Objeto Costos	
No. Cliente		Sucursal	INC My Nutrición
Nombre		Dir. Sucursal	Vasco de Quiroga. Sec XVI
Dirección		Solicitado por	Lithostar Modularis Uro Mex D.F.
Teléfono		Equipo	1132
Técnica	XP VO	No. Serie	

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
04	09	14						8.5	15.5	6.5		6.5
TOTALES										6.5		6.5

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: **Servicio Programado.**

Trabajo realizado: **Control de Seguridad mecánica y eléctrica.**
Mantenimiento conforme al protocolo.
Inspección de funciones antes y al final del Servicio.

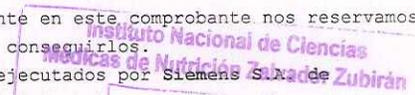
Trabajo Terminado Si No

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


04 SEP 2014
 DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMÉDICA

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos			
Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Servic.	
<i>[Signature]</i> Aguirre	<i>[Signature]</i> LITOTRIPSIA	Lisset Flores	
04/09/14	Dr. Hector Sandoval	MORAÑO	

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

Firma y sello del Cliente

Fecha:

Cliente

Control 18: LIEL-00-001, Control: INC/M0706/2/10/05/14

Protocolo de Mantenimiento Preventivo Healthcare / SP / Lithostar Modularis URO

Fecha: 03/09/14

Cliente: <i>INCM y Nutrición</i>	Departamento / Sala: <i>2 / Urología</i>
Equipo: <i>Lithostar Modularis Uro</i>	No. De Serie: <i>1172</i>
Número de Reporte: <i>404000067911</i>	Fecha de Preventivo: <i>03/09/14</i>

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

Instrumentos de medición

Instrumento	Identificación/No. de Serie
<i>FLOPE</i>	<i>8060A / 5415190</i>

Anotaciones

Contador: Sistema: 4.190.227 disparos
Cabezal: 310mil 279 disparos
Unidad de carga: 15mil 063 disparos

Nombre y Firma Ingeniero: <i>Alejandro Aguirre Torres</i>	Nombre y Firma Cliente:	Call Center
Fecha: <i>04/09/14</i>	Fecha:	



SIEMENS

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / SP / Surgery

Fecha: 04/09/14

Cliente: INCM y Nutrición	Departamento / Sala: 2 / Urología
Equipo: Lithostar Modularis / Siremobil 100	No. De Serie: 1172
Número de Reporte: 404000067911	Fecha de Preventivo: 04/09/14

Actividades	Realizada	
	Si	N.A
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	
Compruebe funcionamiento de conmutadores de emergencia	X	
Limpieza de partes generales, cables externos, internos del equipo	X	
Limpiar 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	
Compruebe y ajuste de valores AC-DC en generador, monitores	X	
Compruebe y ajuste de KV, mAs, mA	X	
Compruebe 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	Aplica	
	NOM-158-SSA1-1996	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	Realizada	
	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-colimador sea mayor a 2.3 mm de Al, si no es el caso resolverlo	X	

Resultados del Servicio:

- Normal
- Ver las anotaciones

Anotaciones:

ninguna

Instituto Nacional de Ciencias
 Médicas de Nutrición Salvador Zubirán
 04 SEP 2014
 DEPARTAMENTO DE INGENIERIA
 BIOMEDICA

Nombre y Firma Ingeniero: <i>Alejandro Aguirre Trujillo</i>	Nombre y Firma Cliente: <i>[Firma]</i>	Call-Center
Fecha: 04/09/14	Fecha:	

M/P
OK

Clase Servicio	Descripción: <u>Mantenimiento preventivo</u>	Ord. Serv.	<u>404000061541</u>
Tipo de Servic.		Fecha	
Pto. Trab.		Hora	
ID Fiscal		Consecutivo	

No. Personal	<u>473403/11090318</u>	Objeto Costos	
No. Cliente	<u>Aguirre Tovar</u>	Sucursal	<u>S.S. J.N.C.M. y Nutrición</u>
Nombre	<u>Alejandro</u>	Dir. Sucursal	<u>Parco de Quirón. Mex. D.F.</u>
Dirección		Solicitado por	
Teléfono		Equipo	<u>MOBILETT XP Digital.</u>
Técnica		No. Serie	<u>1046</u>

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
<u>04</u>	<u>03</u>	<u>14</u>		<u>7.0</u>	<u>9.0</u>	<u>0.5</u>		<u>9.0</u>	<u>19.5</u>	<u>8.0</u>	<u>2.0</u>	<u>10.5</u>
TOTALES												

Materiales				
Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión
			<u>Multimetro Digital FLUKE 8060 Ser. no. 8413190</u>	

Descripción de falla: Servicio programado

Trabajo realizado: Inspección visual, - Seguridad mecánica y eléctrica.
Mantenimiento preventivo conforme a protocolo.
Inspección de funciones antes y después del servicio.
Dejando equipo operativo.

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, honorarios y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del Cliente _____

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

10 MAR 2014

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"

INCMSZ

★ 07 MAR 2014

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		
Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Servic.
<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>

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

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA

[Firma]

Firma y sello del Cliente

Fecha: _____

Cliente

CONTROL J.B. EORP-RX-009 No. de Contrato pendiente

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / SP / Equipos M6viles

Fecha: 04/03/14

Cliente: J.N.C.M. y Nutrici3n	Departamento / Sala: Rayos X.
Equipo: Mobilett KP Digital	No. De Serie: 1046
N6mero de Reporte: 404000081541	Fecha de Preventivo: 04/marzo/14

Actividades	Realizada	
	Si	N.A
1.- Inspecci3n visual		
Comprobaci3n cubiertas y panel de control	✓	
Comprobar cables de exposici3n, corrugado y de alimentaci3n el6ctrica	✓	
2.- Comprobaci3n de tornillos	✓	
En compartimiento de chasis radiogr6ficos	✓	
En ruedas y liberaci3n de frenos	✓	
En base de transporte y emisor de rayos x	✓	
3.- Mantenimiento Preventivo	✓	
Limpieza de partes generales, cables externos, partes internas	✓	
Limpieza y lubricaci3n de ruedas de transporte	✓	
Verificar y reemplazar baterias del sistema	✓	
Verificar y arreglar cables externos, presentaci3n del sistema	✓	
Compruebe y ajuste de valores de AC-DC	✓	
Compruebe y ajuste de KV, mAs, mA de acuerdo a protocolo	✓	
Verificar sealizaci3n con luz o sonido de exposici3n de radiaci3n	✓	
Comprobar ajustes mec6nicos de escalas de movimientos del sistema	✓	
Comprobar y ajustar la linealidad del campo de RX con luz	✓	
Compruebe movimiento del colimador	✓	
4.- Inspecci3n de funciones	✓	
Realizar control de movimientos y funciones del sistema	✓	

Fecha de instalaci3n del equipo	Aplica	
	NOM-158-SSA1-1996	NOM-229-SSA1-2002
		✓

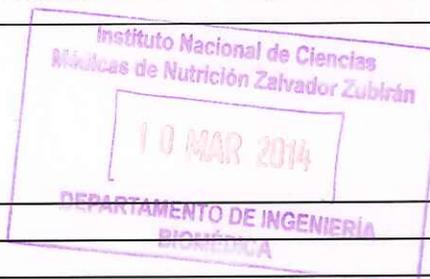
NOTA: La NOM-229-SSA1-2002 es vigente a partir del 16 de septiembre de 2006 la cual aplica para los equipo instalados a partir de esta fecha, para los equipos instalados antes del 16 de septiembre de 2006 aplica la NOM-158-SSA1-1996

Actividades	Realizada	
	Si	No
5.- Reporte de Actividades que cumple con las Especificaciones de la norma	✓	
Revisi3n y calibraci3n del KVP rango de 60 a 100 KVP o mayor si el equipo lo permite en pasos de 20KV	✓	
Revisi3n y calibraci3n de mA para los diferentes puestos de trabajo (50mA, 100mA, 200mA, etc.)	✓	
Revisi3n y ajuste del tama1o del campo de luz con el campo de radiaci3n. 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	✓	

Resultados del Servicio:

- Normal
 Ver las anotaciones

Anotaciones:



Nombre y Firma Ingeniero: Alejandro Aguirre Torar	Nombre y Firma Cliente: [Signature]	Call Center
Fecha: 04/mar/2014	Fecha: [Signature]	

[Signature]

SIEMENS

Reporte de Servicio Técnico No. 404000067709

MP ✓

INCM/306/2/AD/051/14

Clase Servicio	Descripción: <u>MANTENIMIENTO PREVENTIVO</u>	Ord. Serv. 404000067709
Tipo de Servic.		Fecha
Pto. Trab.	011201006 FLORES GARCIA ANGEL	Hora
ID Fiscal		Consecutivo

No. Personal	473896 FLORES GARCIA ANGEL	Objeto Costos	
No. Cliente		Sucursal	Inst. NAC. DE CIENCIAS MED. Y NUTRICION
Nombre	Inst. NAC. DE CIENCIAS MED. Y NUTRICION	Dir. Sucursal	
Dirección		Solicitado por	EQRP-RX-009
Teléfono		Equipo	MOBILETT XP DIGITAL
Técnica	0150 SP	No. Serie	1046

Mano de Obra				Horas de Viaje				Horas de Trabajo			Total	
Fecha			Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
02	09	14		16:00	22:00	1.50	1.50	17:00	20:00		3.00	6.00
03	09	14		8:30	10:00	1.50		10:00	11:00	1.00		2.50
TOTALES												

Material	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Trabajo realizado: SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPO DE ALBERCA A PARTIR DEL SERVICIO. SE HACE CALIBRACION DEL DETECTOR, TEST DE FUNCIONAMIENTO. SE EMPLEO MEDIDOR FLUJE 189 SERIE: 87740037 CALIBRANDO EL 16-NOV-14. SE GARANTARA REACCIONES PARA LOS RUEDAS. QUESEA EQUIPO FUNCIONANDO INFORME CDM-1096-14

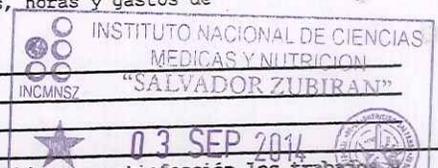
Trabajo Terminado Si No

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		Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados con este reporte y aceptamos su facturación	
Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA	
<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	
Firma		Firma y sello del Cliente	
Apellido		Fecha	
Fecha			

Cliente

SIEMENS

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / SP / Equipos Mobiles

Fecha: 02-09-2014

Cliente: <i>Inst. NIX DE CIENCIAS MED. Y NUTRICION</i>	Departamento / Sala: <i>RAYOS X</i>
Equipo: <i>MOBILITY XP DIGITAL</i>	No. De Serie: <i>1046</i>
Número de Reporte: <i>10400006709</i>	Fecha de Preventivo: <i>02-SEPTIEMBRE-2014</i>

Actividades	Realizada	
	Si	N.A
1.- Inspección visual		
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	/	
Compruebe y ajuste de valores de AC-DC	/	
Compruebe 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	/	
Compruebe movimiento del colimador	/	
4.- Inspección de funciones		
Realizar control de movimientos y funciones del sistema	/	

Fecha de instalación del equipo	Aplica	
	NOM-158-SSA1-1996	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	Realizada	
	Si	No
5.- 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	/	
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 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	/	

Resultados del Servicio:

- Normal
 Ver las anotaciones

Anotaciones:

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

03 SEP 2014

Nombre y Firma Ingeniero: <i>[Firma]</i>	Nombre y Firma Cliente: <i>[Firma]</i>	Call Center
Fecha: <i>02-09-2014</i>	Fecha: <i>02-09-2014</i>	DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

MP

ULPG-RX-005

Contrato pendiente.

JN CM/0706/2/AD/OS/14

MP

SIEMENS

Reporte de Servicio Técnico No.

Clase Servicio :	Descripción: <u>Mantenimiento Prev.</u>	Ord. Serv. :	409000061498
Tipo de Servic. :		Fecha :	
Pto. Trab. :	MM207006/DOMINGUEZ	Hora :	
ID Fiscal :		Consecutivo :	

No. Personal :	11507052/DOMINGUEZ	Objeto Costos :	
No. Cliente :		Sucursal :	
Nombre :		Dir. Sucursal :	
Dirección :		Solicitado por :	
Teléfono :	us / Ultrasonido	Equipo :	
Técnica :		No. Serie :	

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
21	02	14		-	-			12:00	14:00	2.0		2.0
TOTALES										2.0		2.0

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión
/				

Descripción de falla:
Mantenimiento Preventivo.

Trabajo realizado: - Se realiza mantenimiento preventivo según protocolo anexo -
- Se entrega equipo funcionando correctamente.
- Se usó multímetro FLUKE 94490033, vigente hasta 11/11/2014 Informe CLAM-2599-13

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, viajes y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del Cliente _____

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

21 FEB 2014

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos

Técnicos	Vo. Bd. Jefe Técnico Comercial / Serv.
<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>
Apellido	Dominguez
Fecha	21/02/2014

DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMÉDICA

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Revisamos e inscribimos los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación

[Firma]

Firma y sello del cliente

Fecha: _____

SIEMENS

Protocolo de Servicio ULTRASONIDO

Fecha: 21/02/2014

Cliente: INCMNSZ	Departamento: RX
Equipo: Sonoline Antares	No. De Serie: 111814
Servicio: Preventivo	Versión Software: 3.5

Actividades	Realizada?	
	Si	N.A
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:

[Handwritten diagonal line across the observation section]

Nombre y Firma Ingeniero: DOMINGUEZ Carlos
 Fecha: 21/02/2014

Nombre y Firma Cliente: Carlos Bergt
 Fecha: 21/02/2014

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"
 INCMSZ
 Nombre y Firma Jefe Técnico: [Firma]
 21 FEB 2014
 Fecha:
 DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"
 DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA
 21 FEB 2014
 [Firma]

SIEMENS

Reporte de Servicio Técnico No. 404000067561

Clase Servicio :	Descripción:	Ord. Serv. :
Tipo de Servic. :		Fecha : 22-Ago-2014
Pto.Trab. :	MM207007 CASTILLO RIVERA SALOMON	Hora :
ID Fiscal :		Consecutivo :

No. Personal :	11512042 CASTILLO RIVERA SALOMON	Objeto Costos :	
No. Cliente :		Sucursal :	Inst. Nal. de Ciencias M.
Nombre :	Inst. Nal. de Ciencias M.	Dir. Sucursal :	y Nutrición Salvador Z.
Dirección :	y Nutrición Salvador Z.	Solicitado por :	MEXICO D.F.
Teléfono :		Equipo :	SONOLINE ANTARES
Técnica :	Ultrasonido	No. Serie :	11184

Fecha		Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total		
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
22	08	14		06:30	13:30	1-5	1-5	08:00	12:00	3-5	0-5	7-0
TOTALES												

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: Mantenimiento preventivo

Trabajo realizado: Se realiza mtto. prev. de acuerdo a protocolo de servicio anexo, se realizan pruebas y sin reporte de falla el equipo se entrega funcionando correctamente

Nota: No se utilizó equipo de medición.

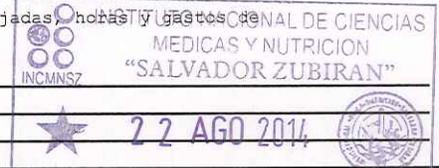
Trabajo Terminado () Si () No

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, honorarios 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/Servicio
<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
Apellido: ING. SALOMON CASTILLO	
Fecha: 22-Ago-14	

22 AGO 2014
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA
Facturación

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

Firma y sello del Cliente
Fecha: _____

US-111814
ULPG-Rx-005
INCM/706/2/AD/051/14

[Firma]
F-Med-557/P001-01
(09.06)

SIEMENS

Protocolo de Servicio ULTRASONIDO

Fecha: 22-Ago-14

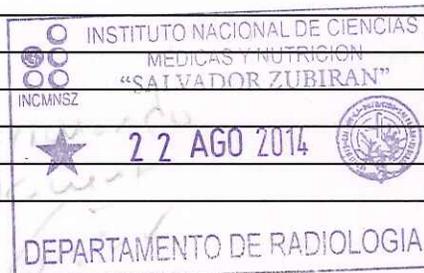
Cliente: INCMN. Salvador Zubiran	Departamento: Ultrasonido / Imagen
Equipo: Sonoline Antares	No. De Serie: 111814
Servicio: Mantenimiento preventivo	Versión Software: 5.0

Actividades	Realizada?	
	Si	N.A
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		✓

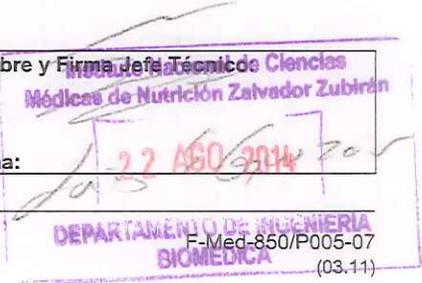
Resultados del Servicio:

- Normal
- Ver las observaciones

Observaciones:



Nombre y Firma Ingeniero: Ing. Salomon Castillo R. Fecha: 22-Ago-14	Nombre y Firma Cliente: Dr. Joaquín Méndez G. Fecha:	Nombre y Firma Jefe Técnico de Ciencias Médicas de Nutrición Salvador Zubiran Fecha: 22 AGO 2014
---	--	---



MP

ULPG-RX-007

SIEMENS

Reporte de Servicio Técnico No.

No. contrato pendiente.
A solicitud del usuario se realiza el 21/02/14

Primer

Clase Servicio	Descripción: Mantenimiento Prev.	Ord. Serv.	404 000061499
Tipo de Servic.	MM207006 / DOMINQUEZ	Fecha	
Pto. Trab.		Hora	
ID Fiscal		Consecutivo	

No. Personal	11507052 / DOMINQUEZ	Objeto Costos	
No. Cliente		Sucursal	INCMNSZ
Nombre	INCMNSZ	Dir. Sucursal	NUTRICION
Dirección	NUTRICION	Solicitado por	
Teléfono		Equipo	Sonoline Autares
Técnica	US / Ultrasonido	No. Serie	113195

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal		Extra
21	02	14						14:00	16:30			
TOTALES												

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Numero de Remisión

Descripción de falla: Mantenimiento Preventivo

Trabajo realizado: - Se realiza mantenimiento preventivo según protocolo anexo.
- Se entrega equipo funcionando correctamente.
- Se usó multímetro FLUKE 9444 0032 vigente hasta 11/11/2014 informe CLAM-2599-13

Trabajo Terminado (X) Si () No

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

En caso de no poder obtener inmediatamente la firma autorizada y sello del cliente en este caso cobrante del trabajo, 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 "SALVADOR ZUBIRAN"

INCMSZ

21 FEB 2014

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Firmas en conformidad con poderes Internos		Firmas en conformidad con poderes Externos	
Técnicos	Vo. Bo. Jefe Técnico	Vo. Bo. Jefe Técnico	Comercial/Servicio
Firma	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
Apellido	DOMINQUEZ		
Fecha	21/02/2014		

Médicas de Nutrición *[Firma]*

DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMÉDICA

Cliente

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

[Firma]

Cubs Bogart 2

Firma y sello del Cliente

Fecha: _____

SIEMENS

Protocolo de Servicio ULTRASONIDO

Fecha: 21/02/2014

Cliente: INCMNSZ	Departamento: RX
Equipo: Sonoline Antares	No. De Serie: 113195
Servicio: Preventivo	Versión Software: 3.5

Actividades	Realizada?	
	Si	N.A
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 cambia un boton roto, se observa pequeños trazos de aire en transductor V#10-5.


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

21 FEB 2014
 DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

**Instituto Nacional de Ciencias
Médicas de Nutrición Salvador Zubirán**
 FEB 2014
 DEPARTAMENTO DE INGENIERIA
 BIOMÉDICA

Nombre y Firma Ingeniero: *Dominguez*
 Fecha: 21/02/2014

Nombre y Firma Cliente: *Eng. Juan Carlos...*
 Fecha:

Nombre y Firma Jefe Técnico: *Corbis*
 Fecha:

MP ✓

Clase Servicio :	Descripción:	Ord. Serv. :
Tipo de Servic. :		Fecha :
Pto. Trab. :	MM207007 CASTILLO RIVERA SALOMON	Hora :
ID Fiscal :		Consecutivo :

21-Ago-14

No. Personal :	11512042 CASTILLO RIVERA SALOMON	Objeto Costos :	
No. Cliente :		Sucursal :	
Nombre :	Inst. Nal. de Nutrición	Dir. Sucursal :	INST. NAL. DE NUTRICIÓN
Dirección :	Salvador Zubiran, Mex. D.F.	Solicitado por :	Salvador Zubiran, Mex. D.F.
Teléfono :		Equipo :	Sonoline Antares
Técnica :	ultrasonido	No. Serie :	113195

Mano de Obra											
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra
21	08	14									
TOTALES											

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: Mantenimiento preventivo

Trabajo realizado: Se realiza mtto. prev. de acuerdo a protocolo de servicio anexo. Se realizan pruebas, el equipo se entrega funcionando correctamente.

Nota: No se utilizó equipo de Medición

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 momento 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 de gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del Cliente

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

21 AGO 2014

Lic. Raúl Jiménez

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos	Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación
Técnicos	
Vo.Bo. Jefe-Técnico	
Comercial/Servicio	
ING. SALOMON CASTILLO	Martha María Ruiz Ballesteros
21-08-2014	Firma y sello del Cliente
	Fecha: 21/08/2014

US-0113195

ULPG-Rx-007

INCM/706/2/AD/051/11

Protocolo de Servicio ULTRASONIDO

Fecha: 21. Ago. 14

Cliente: Inst. Nat. de Nutrición	Departamento: Ultrasonido / Imagen
Equipo: Sonoline Antares	No. De Serie: 113195
Servicio: Mantenimiento preventivo	Versión Software:

Actividades	Realizada?	
	Si	N.A
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		✓

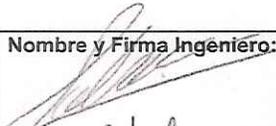
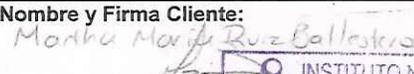
Resultados del Servicio:

- Normal
- Ver las observaciones

Observaciones:

Se detecta cable de alimentación incorrecto y falta del seguro del mismo, así como la falta del filtro de polvo del módulo I/O. Se solicitarán cotizaciones para su reemplazo a la brevedad o estimación en caso de ser necesario.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición Salvador Zubirán

Nombre y Firma Ingeniero:  Ing. Salomon Castillo R. Fecha: 21-Ago-2014	Nombre y Firma Cliente:  Martha María Ruiz Ballesteros Fecha: 21/08/14	Nombre y Firma Jefe Técnico:  Fecha: 21 AGO 2014
--	--	---

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

INCMNSZ

★ 21 AGO 2014

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

F-Med-850/P005-07 (03.11)

Handwritten signature: Ligia Ramírez

SIEMENS
Reporte de Servicio Técnico No.

TOMO-RX-002

404000061298

MP

Clase Servicio :	Descripción: <i>Mantenimiento Preventivo</i>	Ord. Serv. # <i>contrato pendiente</i>
Tipo de Servic. :		Fecha :
Pto. Trab. :	MM203004	Hora :
ID Fiscal :		Consecutivo :

No. Personal : 11096891 NIETO GOMEZ OSCAR DAVID	Objeto Costos :
No. Cliente :	Sucursal :
Nombre <i>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición</i>	Dír. Sucursal <i>T. J. M. de Ciencias Médicas y Nutrición</i>
Dirección <i>Vasí de Quiroz # 15 D.F.</i>	Solicitado por <i>Vasí de Quiroz # 15 D.F.</i>
Teléfono :	Equipo <i>Rosa Espinoza</i>
Técnica : TOMOGRAFIA	No. Serie <i>Sonot 54372 in 64</i>

Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
23	02	2014		9.00	18.30	1.00	1.00	10.00	17.30	7.00		9.00
TOTALES												

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

Descripción de falla: *Mantenimiento Preventivo*

Trabajo realizado: *- Se realizó punto del auto Preventivo de acuerdo a protocolo.*
- Limpieza T. de Ion G. y, Anillo, JCS, JCS.
- Calidad de P. y P. - 32756 S. 15 (T. 1.1.3)
- P. de calidad de P. y P. - 32756 S. 15 (T. 1.1.3)
- Se realizó T. de Ion G. y, Anillo, JCS, JCS.
- Se realizó T. de Ion G. y, Anillo, JCS, JCS.

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 Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

28 FEB 2014

DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		
Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Servic.
<i>[Firma]</i>	<i>Lisset FLORES NACRO</i>	<i>[Firma]</i>

Firma
Apellido
Fecha

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

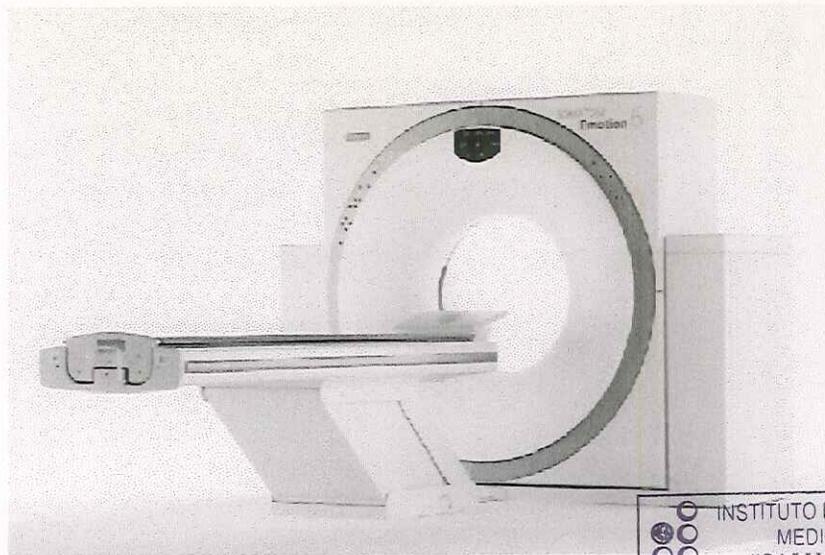
Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación.

28 FEB 2014

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA

Cliente

SIEMENS



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"
INCMNSZ
★ 28 FEB 2014
K. Carlos Chao
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

SOMATOM

CT

Protocolo de Mantenimiento

Hospital: *Inst. Nac. de Ciencias Médicas y Nutrición*

SENSATION 64

Num. Serie: *59577*

Fecha de Mantenimiento: *28/02/2014.*

Num. de Reporte: *4040000 61298*

Realizó: **OSCAR NIETO**

Recibido:

Fecha:

Firma:

Instituto Nacional de Ciencias
Médicas de Nutrición Salvador Zubirán
28 FEB 2014
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA
BIOMÉDICA

SIEMENS

DATOS GENERALES.

OFICINA SIEMENS: SIEMENS SERVICIOS S.A. DE C.V.
DIRECCION: EJERCITO NACIONAL 350 PISO 3 COL POLANCO V SECCION D.F.
REGION: MESOAMERICA
PAIS: MEXICO
CSE: OSCAR NIETO

DATOS DEL EQUIPO.

SISTEMA: <i>Sensation 64.</i>
No. SERIE: <i>54577</i>
VERSION DE SOFTWARE: <i>VB30B</i>

EVALUACION DE LAS CONDICIONES DEL EQUIPO.

EL SISTEMA NO TIENE DEFICIENCIAS. LA CALIDAD DE IMAGEN NO TIENE DIFERENCIAS.	<input checked="" type="checkbox"/>
EL SISTEMA Y COMPONENTES NO TIENEN SEVERAS DEFICIENCIAS PUEDE CONTINUAR EN OPERACIÓN. 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 OPERACIÓN DESPUES DE CORREGIR LAS DEFICIENCIAS.	<input type="checkbox"/>

DESPUES DE COMPLETAR TODOS LOS PASOS, UNA EVALUACION COMPLETA FUE REALIZADA AL EQUIPO.
FIRMA: <i>[Signature]</i>
NOMBRE: OSCAR NIETO
FECHA: <i>28/02/2014.</i>

Protocolo de Mantenimiento

DMS
 TRANSMISION DE DATOS
 RECEPCION DE DATOS
 SPIKES

OK	no OK	n.a.	Notas
✓			
✓			
✓			
✓			

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. = 38256 Smb. (26/01/13)

SRS	✓		
REVISIÓN DE ROUTER SRS	✓		
RUTA ESTÁTICA CON SERVIDOR MALVERN SRS	✓		
CONECTIVIDAD CON SERVIDOR MALVERN SRS	✓		
CONFIGURACIÓN DE FTP	✓		
SYSTEM MANAGEMENT INSTALADO CORRECTAMENTE			✓

SIEMENS

Reporte de Servicio Técnico No. 404000454688

TOMO-RX-002-

MP
MAY 2014

INCUB/206/2/AD/OS/14

Clase Servicio :	Descripción: <u>Mantenimiento preventivo</u>	Ord. Serv. :	404000454688
Tipo de Servico. :		Fecha :	
Pto. Trab. :	MM203008 ALVARADO GUTIERREZ EMMANUEL	Hora :	
ID Fiscal :		Consecutivo :	V

No. Personal :	11509773 ALVARADO GUTIERREZ EMMANUEL	Objeto Costos :	
No. Cliente :	Secretaria de Salud	Sucursal I. Nat. de Ciencias Medicas y Nutricion :	Vista de Quiruga H 15
Nombre :		Dir. Sucursal :	Ing. Liza
Dirección :	México, D.F.	Solicitado por :	Sonatom Sensation 64
Teléfono :		Equipo :	54597
Técnica :	MED CT TOMOGRAFO	No. Serie :	

Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
30	May	2014		7:00			3.0	8:30		8.5		11.5
TOTALES												

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

Descripción de falla: Mantenimiento preventivo 30 de Mayo

Trabajo realizado: Se realiza mantenimiento preventivo de acuerdo a protocolo anexa, se checan anillos y carbones en gantry todo correcto, se checa calidad de imagen todo en rango, se guarda tablas en CD, se prueba equipo con paciente todo bien. Equipo Trabajando

Nota: Se utilizo multímetro Fluke Serie: 93480145, se anexa informe de calibración.

C.D. = 98,859 Scan/seconds

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.

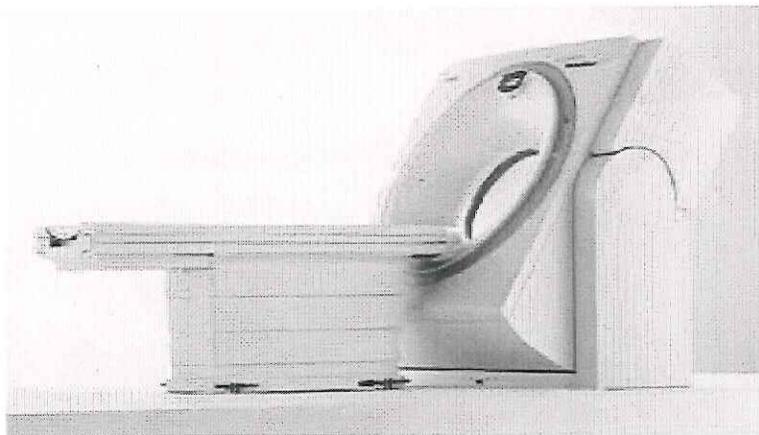
Comentarios del Cliente _____

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		
Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Servic.
<u>Eduardo</u>	<u>José E. Guizén</u>	
Apellido	Ing. Alvarado	
Fecha	30/May/14	

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"SAI-VISTA DE QUIRUGA"
RECIBIMOS A SATISFACCION LOS TRABAJOS Y MATERIALES RELACIONADOS EN ESTE REPORTE
30 MAY 2014
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA
Cliente

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"SAI-VISTA DE QUIRUGA"
RECIBIMOS A SATISFACCION LOS TRABAJOS Y MATERIALES RELACIONADOS EN ESTE REPORTE
30 MAY 2014
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA
Firma y sello del Cliente
Fecha:

SIEMENS



SOMATOM

CT

Protocolo de Mantenimiento

Hospital: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION

SENSATION 64

Num. Serie: 54577

Fecha de Mantenimiento: 30 DE MAYO DE 2014.

Num. de Reporte: 404000064688

Realizó: ING. EMMANUEL ALVARADO GUTIERREZ

Recibido:

Fecha: 30 DE MAYO DE 2014.

Firma: *Carla Bogat*

Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición Salvador Zubirán
30 MAY 2014
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN
30 MAY 2014
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

SIEMENS

DATOS GENERALES.

OFICINA SIEMENS:	SEDE CENTRAL
DIRECCION:	AV. EJERCITO NACIONAL # 350 3ER PISO
REGION:	MESOAMERICA
PAIS:	MEXICO
CSE:	EMMANUEL ALVARADO GUTIERREZ

DATOS DEL EQUIPO.

SISTEMA:	SOMATOM SENSATION 64
No. SERIE:	54577
VERSION DE SOFTWARE:	V B30B

EVALUACION DE LAS CONDICIONES DEL EQUIPO.

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

DESPUES DE COMPLETAR TODOS LOS PASOS, UNA EVALUACION COMPLETA FUE REALIZADA AL EQUIPO.	
FIRMA:	
NOMBRE:	ING. EMMANUEL ALVARADO GUTIERREZ
FECHA:	30 DE MAYO DE 2014.

Protocolo de Mantenimiento

DMS
 TRANSMISION DE DATOS
 RECEPCION DE DATOS
 SPIKES

OK	no OK	n.a.	Notas
/			
/			
/			
/			

REVISION/REEMPLAZO DE UPS
 UPS REVISADO
 UPS REEMPLAZADO

OK	no OK	n.a.	Notas
/			
		/	

BACKUP DE TABLAS
 SW-SETTINGS
 CT-SCANNER

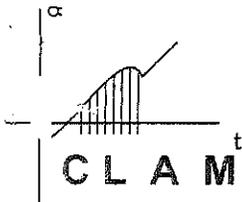
OK	no OK	n.a.	Notas
/			
/			

CALIDAD DE IMAGEN

OK	no OK	n.a.	Notas
/			

CONTADOR DE DISPAROS DEL TUBO DE RAYOS X

C.D. = 98,859 Scan/Seconds



Grupo de Metrología CLAM, S.A. de C.V.

Misión de Santiago N° 15 Col. Las Misiones, Misión de San Pablo, Naucalpan de Juárez,
Estado de México. 53140 Tel: 5343-9739, 5343-8344

INFORME DE CALIBRACION

Página 1 de 5

INFORME: CLAM-1286-13

Orden de recepción: 15442-10

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

DIRECCION: AV. EJERCITO NACIONAL No. 350 3er PISO COL. CHAPULTEPEC MORALES DELEG. MIGUEL HIDALGO MEXICO D.F. C.P. 11570

DATOS DEL INSTRUMENTO EN CALIBRACION

Descripción: MULTIMETRO DIGITAL
Marca: FLUKE
Modelo: 189
Identificación: S/C
Serie: 93480145

Fecha de calibración: 2013 JULIO 02
Fecha de emisión: 2013 JULIO 02
Fecha de recepción: 2013 JUNIO 21

CONDICIONES DE LA CALIBRACION

Temperatura ambiente: $23.7\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 1\text{ }^{\circ}\text{C}$
Humedad relativa: $34.5\% \pm 5\% \text{ H.R.}$
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

Descripción: CALIBRADOR
MULTIFUNCIONES
Marca: FLUKE
Modelo: 5500A
Serie: 7005007
Identificación: CLAM-E001
Cadena: SEPRI
Trazabilidad: CENAM
Vigencia: 2014 FEBRERO 13

Vigencia de calibración: 12 meses
a solicitud del cliente

MAM SCM WH
11 JUL 2013
LEONARDO VAJELA
EXT

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 fué 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.

Revisó y Aprobó:

Calibró:

Ing. Luis Cardenas Rodríguez
Gerente Técnico

Tec. Emilia Cirilo Enríquez
Metrólogo



Número de acreditación N° E-28
Vigencia de acreditación a partir de 2012-04-16
*Acreditación otorgada bajo la norma NMX-EC-17025-IMNC-2006
ISO/IEC 17025:2006 Requisitos generales para la competencia de laboratorios de ensayo y de calibración*

Reporte de Servicio Técnico No. 404000067595

MP ✓

Clase Servicio :	Descripción: Mantenimiento preventivo	Ord. Serv. :	
Tipo de Servic. :		Fecha :	29/08/2014
Pto.Trab. :	108B0176 ALBERTO DAVID GARCIA PAREDES	Hora :	
ID Fiscal :		Consecutivo :	

No. Personal : 496447	Objeto Costos :
No. Cliente :	Sucursal INST. NAC. DE CIENCIAS MED. Y NUT.
Nombre SSA, INST. NAC. CIENCIAS MED Y NUTRION	Dif. Sucursal VASCO DE QUIROGA 15 MEXICO DF
Dirección VASCO DE QUIROGA 15, DF.	Solicitado por ESTELA HERNANDEZ
Teléfono :	Equipo SOMATOM SENSATION 64
Técnica : TOMOGRAFÍA	No. Serie 54577

Mano de Obra **No. IS. Tomo - RA - 002**

Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
29	08	14		8:30	17:30	2	/	9:30	16:30	7	0	9
TOTALS						2				7		9

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

Descripción de falla: **Mantenimiento preventivo**

Trabajo realizado:

- ✓ Se Realiza mantenimiento preventivo según protocolos.
- ✓ Pruebas DK
- ✓ EL equipo funciona correctamente
- ✓ Control de disparos → 173287, 70
- ✓ Multímetro usado FLUKE 20240089

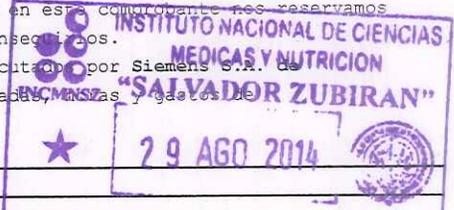
Trabajo Terminado () Si () No

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.R.L. de C.V. se facture el importe correspondiente a los datos indicados para horas trabajadas, viajes y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del Cliente **Equipo funcionando correctamente**



Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		
Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Service
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
Firma	Apellido	Fecha
<i>[Signature]</i>	Ing Alberto Garcia	29/08/14

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

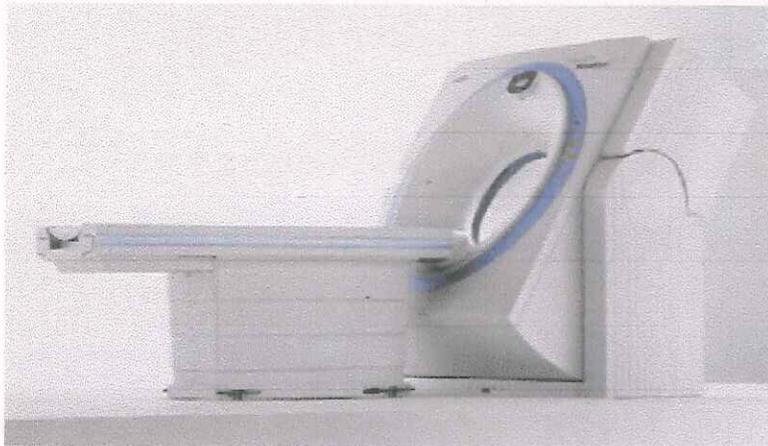
[Signature]

Firma y sello del Cliente

Fecha:

Cliente

SIEMENS



SOMATOM

CT

Protocolo de Mantenimiento

Hospital: SSA, INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MED Y NUTRICION

SENSATION 64

Num. Serie: 54577

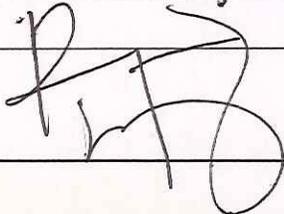
Fecha de Mantenimiento: 29 de Agosto de 2014

Num. de Reporte: 404000067595

Realizó: Ing. Alberto David Garcia Paredes

Recibido: Raquel Jimenez

Fecha: 29 de Agosto de 2014

Firma: 



SIEMENS

DATOS GENERALES.

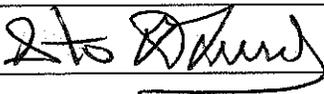
OFICINA SIEMENS:	SEDE CENTRAL
DIRECCION:	EJERCITO NACIONAL 350
REGION:	D.F.
PAIS:	MEXICO
CSE:	ALBERTO DAVID GARCIA PAREDES

DATOS DEL EQUIPO.

SISTEMA:	Somatom sensation ct
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.	<input checked="" type="checkbox"/>
EL SISTEMA Y COMPONENTES NO TIENEN SEVERAS DEFICIENCIAS PUEDE CONTINUAR EN OPERACIÓN. 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 OPERACIÓN DESPUES DE CORREGIR LAS DEFICIENCIAS.	<input type="checkbox"/>

DESPUES DE COMPLETAR TODOS LOS PASOS, UNA EVALUACION COMPLETA FUE REALIZADA AL EQUIPO.
FIRMA: 
NOMBRE: ING. ALBERTO DAVID GARCIA PAREDES
FECHA: 29/08/14

Protocolo de Mantenimiento

DMS
 TRANSMISION DE DATOS
 RECEPCION DE DATOS
 SPIKES

OK	no OK	n.a.	Notas
/			
/			
/			
/			

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. = 173287,70 S/S

404000071156

Clase Servicio :	Descripción: Atto preventivo	Ord. Serv. :	
Tipo de Servic. :		Fecha :	27/11/14
Pto.Trab. :	108B0178 ALBERTO DAVID GARCIA PAREDES	Hora :	
ID Fiscal :		Consecutivo :	

No. Personal : 496447 Alberto David Garcia P	Objeto Costos :	
No. Cliente :	Sucursal SSA, INST. NAC. CIENCIAS MED Y NUTRICION	
Nombre SSA, INST. NAC. CIENCIAS MED Y NUTRICION	Dir. Sucursal MEXICO DF. VASCO DE QUIROGA #15	
Dirección VASCO DE QUIROGA 15	Solicitado por ESTELA H.	
Teléfono :	Equipo SONAFON SENSATION 64	
Técnica : TOMOGRAFÍA	No. Serie 54577	NO 18 Tomo - EX-002

Mano de Obra **Contrato: INCH/306/2/AD/051/14**

Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
27	11	14		8:30	13:30	5	/	10:00	12:00	2	/	5
TOTALES						3				2		5

Materiales

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

Descripción de falla: **Atto preventivo**

Trabajo realizado: **Y no se pudo realizar mantenimiento preventivo ya que el cliente no logró de limpiar el equipo debido a que su otro tomografo General no funcionaba. Se reprogramara el servicio con mutuo acuerdo con el cliente.**

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 _____

<p>Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición Salvador Zubirán</p> <p>27 NOV 2014</p> <p>DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA</p>			<p>Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación</p> <p><i>Lorenzo</i></p> <p>Coord. Lorenzo Sanke H. C.</p> <p>Firma y sello del Cliente</p> <p>Fecha:</p>
<p>Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos</p> <p>Técnicos</p> <p><i>A. Garcia</i></p> <p>Ing. A. Garcia</p>	<p>Vo.Bo. Jefe Técnico</p> <p><i>Jos E. Guzman</i></p>	<p>Comercial/Servic.</p>	

Clase Servicio :	Descripción: MANTTO. PREVENTIVO	Ord. Serv. :	404000071156
Tipo de Servic. :		Fecha :	5 DE DICIEMBRE DE 2014
Pto.Trab. :	MM203006 MARIO FRANCISCO NERI PEREZ	Hora :	
ID Fiscal :		Consecutivo :	1/1

No. Personal :	474666 MARIO FRANCISCO NERI PEREZ	Objeto Costos :	
No. Cliente :		Sucursal :	
Nombre :	INST. NAL. CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION	Dir. Sucursal :	NAL. CIENCIAS MEDICAS Y NUTR
Dirección :	VAZCO DE QUIROGA, MEXICO D.F.	Solicitado por :	VAZCO DE QUIROGA, MEXICO D.F.
Teléfono :		Equipo :	SOMATOM SENSATION 64
Técnica :	TOMOGRAFIA	No. Serie :	54577

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFU	Desde	Hasta	Normal	Extra	
05	12	14		09:00	21:00	2	2	11:00	19:00	6.5	1.5	12
												12

Materiales				
Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Trabajo realizado:

SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO A EQUIPO DE TOMOGRAFIA. SE REVISAN CARBONES, ANILLOS, FILTROS DE AIRE.

SE CORRE PRUEBA DE CALIDAD DE IMAGEN SIN PROBLEMA.

SE PRUEBA EQUIPO Y QUEDA TRABAJANDO.

CD = 251646 SCAN SEGUNDOS

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, 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 _____

05 DIC 2014

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

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos	
Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico, Comercial/Servic.
<p>Firma</p> <p>Apellido</p> <p>Fecha</p> <p>MARIO FCO. NERI</p>	<p>Lisset Flores Moreno</p>

RECIBIMOS A SATISFACCIÓN LOS TRABAJOS Y MATERIALES RELACIONADOS EN ESTE REPORTE Y ACEPTAMOS SU FACTURACIÓN

15 DIC 2014

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Firma y sello del Cliente

Fecha:

Reporte de Servicio Técnico No.

Clase Servicio: Contrato	Descripción: Mantenimiento Preventivo	Ord. Serv.: 704000001984
Tipo de Servic.:		Fecha: 13.03.14
Pto. Trab.:		Hora: 11/1
ID Fiscal: MM201016	Jorge Garcia Lopez	Consecutivo: 1/1

No. Personal: 11071899	Objeto Costos:
No. Cliente:	Sucursal:
Nombre: Instituto Nacional de Nutrición	Dir. Sucursal: Vasco de Quiroga 15
Dirección:	Solicitado por:
Teléfono:	Equipo:
Técnica: AXA	No. Serie: AXIOM ARTISDTA

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo			Total		
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
13	03	14		11:00	12:00	1:00		12:00	17:30	5:00		6.00
TOTALS												

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión
<i>no aplica</i>				

Descripción de falla: **mantenimiento Preventivo**

Trabajo realizado: **Se inicio mantenimiento preventivo**

- Limpieza y lubricación de mesa para paciente
- Limpieza de armarios de control (2)
- Revisión de nivel de agua del sistema de enfriamiento del tubo (limpieza)

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, viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla para su pago.

Comentarios del Cliente

hora y receptor de

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

INCUMNSZ

★ 14 MAR 2014

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos	
Técnicos	Vc.Bo. Jefe Técnico Comercial/Servic.
Firma: García	Lisbe Flores Moxna
Apellido:	
Fecha: 13.03.14	

Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y agradecemos su colaboración.

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Firma y sello del Cliente

Fecha: **Carlos Bogart**

SIEMENS

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / AX / Angio System / Polygrafo

Fecha: 14/03/14

Cliente: <i>Inst. Nac. de Ciencias Medicas y Nutric.</i>	Departamento / Sala: <i>Imagenologia/Sala 12</i>
Equipo: <i>Axiom Artis dTA</i>	No. De Serie: <i>55173</i>
Número de Reporte: <i>4040000061933</i>	Fecha de Preventivo: <i>13, 14/03/2014</i>

Solo si aplica para equipos con Polygrafo (Sensis, Recor o Cathcor) favor de llenar la siguiente información.

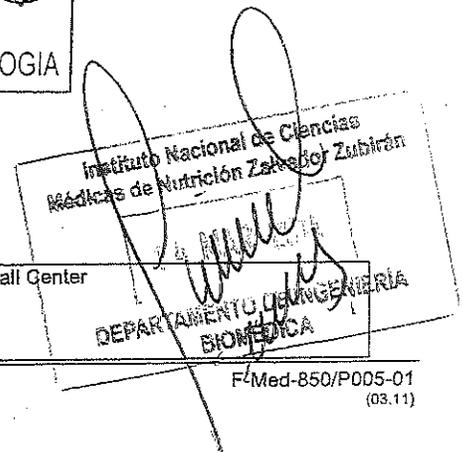
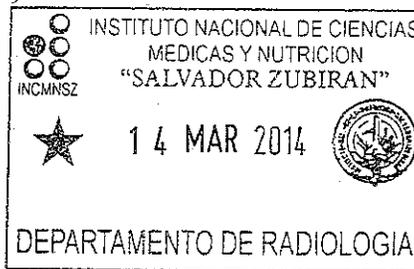
Actividades	Realizada	
	SI	N.A
1.- Control de Seguridad		
Comprobación de aislamiento a tierra en mesa y caja de señales	X	
Verificación de Funcionamiento del sistema de UPS		X
Comprobar integridad de cables del sistema	X	
2.- Mantenimiento Preventivo		
Comprobar la correcta instalación mecánica del equipo	X	
Limpieza externa, partes generales y partes internas del equipo	X	
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema	X	
Verificar estado de transductores	X	
Verificar funcionamiento de equipo periférico al sistema	X	
3.- Inspección de funciones		
Realizar pruebas de funcionamiento general del sistema	X	

Resultados del Servicio:

Normal Ver las anotaciones

Anotaciones:

se pedira monitor en cuarto de control.



Nombre y Firma Ingeniero: <i>Armando Avila Maurer</i> Armando Avila Maurer Fecha:	Nombre y Firma Cliente: <i>Carlos Beyer</i> Fecha:	Call Center
--	--	-------------

Reporte de Servicio Técnico No. 404100265709

contrato pendiente

Clase Servicio :	Descripción: <u>Semáforo de alerta de fluoroscopia</u>	Ord. Serv. :	
Tipo de Servic. :		Fecha :	<u>28/02/14</u>
Pto. Trab. :	MM201002	Hora :	
ID Fiscal :		Consecutivo :	

MO

No. Personal :	11514290 Armando Avila Maurer	Objeto Costos :	
No. Cliente :		Sucursal :	
Nombre :	<u>Inst. Nal. de Ciencias Med y Nutrición</u>	Dir. Sucursal :	
Dirección :		Solicitado por :	<u>Axiom Artis dTA</u>
Teléfono :		Equipo :	
Técnica :	<u>Hemodinamia</u>	No. Serie :	<u>55173</u>

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
<u>28</u>	<u>02</u>	<u>14</u>						<u>15:00</u>	<u>16:00</u>	<u>1</u>		
TOTALES										<u>1</u>	<u>1</u>	

Materiales				
Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: Semáforo de alerta de fluoroscopia.

Trabajo realizado: Se revisa nivel de agua y funcionamiento de unidad de enfriamiento; bien. Se revisa error log y se encuentran varios detalles de problemas de voltaje en trazo ppal. y tarjetas. Se le comenta al usuario que es necesario parar el equipo para continuar diagnóstico y se acuerda tratar de programarlo con el mantto preventivo en 2 semanas. adicionalmente se revisa estación leonardo encontrando mucho polvo. Se limpia para evitar sobrecalentamientos y apagado esporadico.

Equipo funcionando 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 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: Se realizara la revision profunda del log de errores el dia del preventivo 13-14 Marzo.

Firma	Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		
	Técnicos	No.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Service.
Apellido	<u>Armando</u>	<u>Lisset</u>	<u>[Firma]</u>
Fecha	<u>28/02/14</u>	<u>Flora</u>	<u>[Firma]</u>
	Armando Avila Maurel	<u>Morano.</u>	

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

Firma y sello del Cliente

Fecha: _____

Facturación

Reporte de Servicio Técnico No.

Angi RA 002
INCMN/706/2/AD/051/

Clase Servicio :	Descripción: Mantenimiento Preventivo	Ord. Serv. :	404000068162
Tipo de Servic. :		Fecha :	
Pto. Trab. :	MM201009 LOPEZ RAMIREZ JUAN CRALOS	Hora :	
ID Fiscal :		Consecutivo :	

No. Personal :	473746 LOPEZ RAMIREZ JUAN CARLOS	Objeto Costos :	
No. Cliente :		Sucursal :	I. Nat. C.M. y Nutrición
Nombre :	I. Nat. de C. de Nutrición	Dir. Sucursal :	
Dirección :		Solicitado por :	
Teléfono :		Equipo :	Axon Artes dTA
Técnica :		No. Serie :	55173

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
11	09	14		13:00	16:00	2.5		16:00	18:30	1.5	1.0	5.0
12	09	14		7:30	9:00	0.5	1.0	9:00	13:00	4.0		5.5
TOTALES												

Materiales				
Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: _____

Trabajo realizado: Se realizó mantenimiento preventivo al equipo Axon Artes dTA conforme a protocolo anexo

Se deja el equipo funcionando

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 "SALVADOR ZUBIRAN"

DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

RECIBIMOS A SATISFACCION LOS TRABAJOS Y MATERIALES RELACIONADOS EN ESTE REPORTE Y ACEPTAMOS SU FACTURACION

12 SEP 2014

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Firma y sello del Cliente

Fecha: _____

Firma	Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		
	Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Service.
Apellido	López Ramírez	Lisset Flores.	
Fecha			

Cliente

ANGI (MP) 2/9

INCMN/706/2/AD/051/14
Agi rx 002

SIEMENS

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / AX / Angio System / Polygrafo

Fecha:

Cliente: I. Nat. de C.M. y Nutrición	Departamento / Sala: Hemodinamia
Equipo: Axiom Artes JTA	No. De Serie: 55173
Número de Reporte: 404000068162	Fecha de Preventivo: 11-12/Sept./2014

Actividades	Realizada	
	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	✓	
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, mAs, 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	✓	
Limpeza 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	Aplica	
	NOM-158-SSA1-1996	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	Realizada	
	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-colimador sea mayor a 2.3 mm de Al si no es el caso resolverlo		

Resultados del Servicio:
 Normal Ver las anotaciones

Anotaciones:

Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición y Alimentación
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN
 "SALVADOR ZURITRAN" DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA
 12 SEP 2014
 DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Nombre y Firma Ingeniero: López Ramírez Juan C.	Nombre y Firma Cliente:	Call Center
Fecha:	Fecha:	

Clase Servicio :	Descripción: <u>Mantenimiento Preventivo</u>	Ord. Serv. :	404000068177
Tipo de Servic. :		Fecha :	
Pto. Trab. :	MM201009 LOPEZ RAMIREZ JUAN CRALOS	Hora :	
ID Fiscal :		Consecutivo :	

No. Personal : 473746 LOPEZ RAMIREZ JUAN CARLOS	Objeto Costos :
No. Cliente :	Sucursal : <u>I. Nal. de C.M. y Nutrición</u>
Nombre : <u>I. Nal. de C.M. y Nutrición</u>	Dir. Sucursal :
Dirección :	Solicitado por : <u>Axiom Senses Hemo low</u>
Teléfono :	Equipo : <u>418</u>
Técnica :	No. Serie :

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
12	09	14						13:00		4.0		4.0
TOTALS												

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: _____

Trabajo realizado: Se realizó mantenimiento preventivo al equipo

Axiom Senses Hemo low conforme a protocolo anexo

Se deja el equipo funcionando

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 _____

Firma	Firmas en conformidad con poderes internos y Externos		
	Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Service.
Apellido	<u>López Ramírez</u>	<u>Lisset Flores M.</u>	
Fecha			

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"

INCMSZ

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

12 SEP 2014

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA

Firma y sello del Cliente

Fecha: _____

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / AX / Angio System / Polygrafo

ANGI (MP) 4/4
 Angi rx 002
 INCMN/706/2/AA/051/14
 Fecha: 12/09/2014

Cliente:	Departamento / Sala:
Equipo: I. Nat. de C.M. y Nutricion	No. De Serie: Hemodinamica
Número de Reporte: Axon Sensus Hemo low	Fecha de Preventivo: 4113

404000068177

12/09/2014

Solo si aplica para equipos con Polygrafo (Sensus, Recor o Cathcor) favor de llenar la siguiente información.

Actividades	Realizada	
	Si	N.A
1.- Control de Seguridad		
Comprobación de aislamiento a tierra en mesa y caja de señales		
Verificación de Funcionamiento del sistema de UPS	✓	
Comprobar integridad de cables del sistema	✓	
2.- Mantenimiento Preventivo		
Comprobar la correcta instalación mecánica del equipo		
Limpieza externa, partes generales y partes internas del equipo	✓	
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema	✓	
Verificar estado de transductores	✓	
Verificar funcionamiento de equipo periférico al sistema	✓	
3.- Inspección de funciones		
Realizar pruebas de funcionamiento general del sistema	✓	

Resultados del Servicio:

Normal Ver las anotaciones

Anotaciones:

Handwritten signature

Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición Salvador Zubirán
12 SEP 2014
 DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMÉDICA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"
 INCMNSZ
12 SEP 2014
 DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Nombre y Firma Ingeniero: <i>[Signature]</i>	Nombre y Firma Cliente: <i>[Signature]</i>	Call Center
Fecha: 12/09/2014		

Reporte de Servicio Técnico No.

404000064589

Clase Servicio :	Descripción: MANTO PREVENTIVO	Ord. Serv. :
Tipo de Servic. :		Fecha :
Pto. Trab. :	MM204001 Cardenas Garcia Jorge A.	Hora :
ID Fiscal :		Consecutivo :

No. Personal : 475621 CARDENAS GARCIA JORGE A.	Objeto Costos :
No. Cliente :	Sucursal :
Nombre: INSTITUTO NACIONAL NUTRICION	Dir. Sucursal :
Dirección :	Solicitado por :
Teléfono :	Equipo : 54MBIA 72
Técnica : MI	No. Serie : 1147

SPCT-MN-001

Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	
22	05	14		07:00				09:00	17:30		
23	05	14		07:00				09:00			

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: _____

Trabajo realizado: **Se realizó mantenimiento preventivo efectuado a protocolo anexo**

Se utilizó instrumento de medición multímetro Fluke Modelo 8060A, N° Serie 74050001

Informe de calibración CIAM-0306-14

Fecha calibración 10/FEBRERO/2014 VIGENCIA 12 MESES

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			Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este comprobante INST. NACIONAL DE CIENCIAS MEDICINAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN" 23 MAY 2014 Firma y sello del Cliente Fecha: MEDICINA NUCLEAR
Técnicos	Vo. Ro. Jefe Técnico	Comercial/Servic.	
Firma: Apellido: Cardenas Fecha:		Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición Salvador Zubirán DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMÉDICA Cliente	

Protocolo de Servicio
SYMBIA T Series

Fecha: 23/04/2014

Cliente: INSTITUTO NACIONAL NUTRICION	Departamento: MEDICINA NUCLEAR
Equipo: SYMBIA T2	No. De Serie: 1147
Servicio: MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Versión Software: VA60C

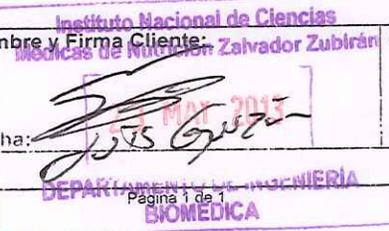
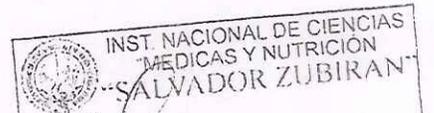
Actividades	Realizada?	
	Si	N.A
REVISION GENERAL DEL EQUIPO		
1. Revisión de paros de emergencia	✓	
2. Revisión de las membranas de paciente	✓	
3. Revisión del aislamiento de cables eléctricos	✓	
4. Revisión de frenos de movimientos	✓	
5. Inspección de sensores de la cama trasera y frontal	✓	
6. Inspección de sensores de límite rotacional	✓	
7. Indicadores de radiación del CT	✓	
8. Revisión del switch de seguridad de la mesa del paciente	✓	
9. Verificación de la calidad de la imagen	✓	
REVISIÓN DEL GANTRY DEL SPECT		
10. Inspección y lubricación del anillo principal de rotación	✓	
11. Inspección y lubricación de tornillos acme para SLD y LLD	✓	
12. Inspección y lubricación de las cadenas del Trunnion	✓	
13. Inspección general del carro porta colimadores y sus cajones	✓	
14. Inspección y limpieza de mecanismos de mesa trasera y frontal	✓	
REVISIÓN DEL GANTRY DEL CT		
15. Lubricación del anillo principal	✓	
16. Revisión de las escobillas de carbón	✓	
17. Limpieza de los filtros de aire	✓	
SRS		
18. Revisión de Router SRS		✓
19. Ruta estática con Servidor Malvern SRS		✓
20. Conectividad con Servidor Malvern SRS		✓
21. Configuración de FTP		✓
22. System Management Instalado Correctamente		✓

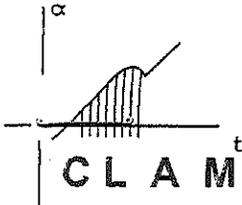
Resultados del Servicio:

- Normal
- Ver las observaciones

Observaciones:

Nombre y Firma Ingeniero: 	Nombre y Firma Cliente: Instituto Nacional de Ciencias Medicas de Nutricion Salvador Zubiran 	Nombre y Firma Jefe Técnico:
Fecha:	Fecha: 23 de Mayo 2014	Fecha: 23 Mayo 2014





Grupo de Metrología CLAM, S.A. de C.V.

Misión de Santiago N° 15 Col. Las Misiones, Misión de San Pablo, Naucalpan de Juárez,
Estado de México. 53140 Tel: 5343-9739, 5343-8344

INFORME DE CALIBRACION

Página 1 de 4

INFORME: CLAM-0306-14

Orden de recepción: 16650-2

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

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

DATOS DEL INSTRUMENTO EN CALIBRACION

Descripción: MULTIMETRO DIGITAL
Marca: FLUKE
Modelo: 8060 A
Identificación: S/C
Serie: 74050001

Fecha de calibración: 2014 FEBRERO 10

Fecha de emisión: 2014 FEBRERO 10

Fecha de recepción: 2014 FEBRERO 06

CONDICIONES DE LA CALIBRACION

Temperatura ambiente: $23.4\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 1\text{ }^{\circ}\text{C}$

Humedad relativa: $35.8\% \pm 5\% \text{ H.R.}$

Procedimiento de calibración y método empleado:

CLAM-PC-03 método directo

CLAM-PC-04 método directo

CLAM-PC-05 método directo

DATOS DEL PATRON DE REFERENCIA

Descripción: CALIBRADOR
MULTIFUNCIONES
Marca: FLUKE
Modelo: 5500A
Serie: 8080020
Identificación: CLAM-E010
Autoridad: SEPRI
Trazabilidad: CENAM
Vigencia: 2014 AGOSTO 20

Vigencia de calibración: 12 meses

a solicitud del cliente

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.

Revisó y Aprobó:

Calibró:

LFM. Daniel Ramírez Fuentes
Jefe de Laboratorio

Tec. Emilia Cirilo Enríquez
Metrólogo



Número de acreditación N° E-28
Vigencia de acreditación a partir de 2012-04-16.
*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*

[Handwritten signature]

Reporte de Servicio Técnico No. 404000071062

Inv. SPECT-MN-001

Clase Servicio :	Descripción: MANTO PREVENTIVO	Ord. Serv. :
Tipo de Serv. :		Fecha :
Pto. Trab. :	MM204001	Hora :
ID Fiscal :		Consecutivo :

No. Personal :	475621 CARDENAS GARCIA JORGE A.	Objeto Costos :
No. Cliente :		Sucursal :
Nombre :	INS. NACIONAL NUTRICION	Dir. Sucursal :
Dirección :		Solicitado por :
Teléfono :		Equipo :
Técnica :	MEDICINA NUCLEAR	No. Serie :

SYMBICA T2
1047

Mano de Obra											
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra
20	11	14		07:00	19:30	3.5	0.5	09:00	17:30	8.0	
21	11	14		07:00	19:30	3.5	0.5	09:00	17:30	8.0	

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: _____

Trabajo realizado: Se realizó mantenimiento preventivo de acuerdo a protocolo anexo Symbica T y MWP
Se otorgó certificado Fluka Mod 8060 Serie 7405007
Importe de calibración CLAM-0306-14 fecha 10-Febrero-2014
(con vigencia 12 meses)

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 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.

INST. NACIONAL DE CIENCIAS
 MEDICAS Y NUTRICION
 JESUS SEPULVEDA ZUBIRAN
 21 NOV 2014
 MEDICINA NUCLEAR

Comentarios del Cliente _____

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

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

[Signature]
 Firma y sello del Cliente

Fecha: _____

Facturación

Protocolo de Servicio

SYMBIA T Series

Fecha: 21.11.14

Cliente: <i>Ins. Nacional Nutricion</i>	Departamento: MEDICINA NUCLEAR
Equipo: SYMBIA T	No. De Serie: 1092
Servicio: MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Versión Software: VA60

Actividades	Realizada?	
	Si	N.A
REVISION GENERAL DEL EQUIPO	√	
1. Revisión de paros de emergencia	√	
2. Revisión de las membranas de paciente	√	
3. Revisión del aislamiento de cables eléctricos	√	
4. Revisión de frenos de movimientos	√	
5. Inspección de sensores de la cama trasera y frontal	√	
6. Inspección de sensores de límite rotacional	√	
7. Indicadores de radiación del CT	√	
8. Revisión del switch de seguridad de la mesa del paciente	√	
9. Verificación de la calidad de la imagen	√	
REVISIÓN DEL GANTRY DEL SPECT	√	
10. Inspección y lubricación del anillo principal de rotación	√	
11. Inspección y lubricación de tornillos acme para SLD y LLD	√	
12. Inspección y lubricación de las cadenas del Trunnion	√	
13. Inspección general del carro porta colimadores y sus cajones	√	
14. Inspección y limpieza de mecanismos de mesa trasera y frontal	√	
REVISIÓN DEL GANTRY DEL CT		
15. Lubricación del anillo principal	√	
16. Revisión de las escobillas de carbón	√	
17. Limpieza de los filtros de aire	√	
SRS		
18. Revisión de Router SRS	√	
19. Ruta estática con Servidor Malvern SRS	√	
20. Conectividad con Servidor Malvern SRS	√	
21. Configuración de FTP	√	
22. System Management Instalado Correctamente	√	

Resultados del Servicio:

- Normal
- Ver las observaciones

Observaciones:



Nombre y Firma Ingeniero: <i>Ing. Jorge Casanova</i>	Nombre y Firma Cliente: <i>Jesús Sepúlveda</i>	Nombre y Firma Jefe Técnico: <i>José E. García</i>
Fecha: 21.11.14	Fecha:	Fecha: 21 ABO 2014



MP
OK

Clase Servicio :	Descripción:	Ord. Serv. :
Tipo de Servic. :	MM207007 CASTILLO RIVERA SALOMON	Fecha : 22-Ago-2014
Pto. Trab. :		Hora :
ID Fiscal :		Consecutivo :

No. Personal :	11512042 CASTILLO RIVERA SALOMON	Objeto Costos :	
No. Cliente :		Sucursal :	INCMN Salvador Zubiran
Nombre :	Inst. Nal. de Ciencias Med. y	Dir. Sucursal :	México D.F.
Dirección :	Nutrición, Salvador Zubiran.	Solicitado por :	ACOSON X150
Teléfono :		Equipo :	
Técnica :	Ultrasonido	No. Serie :	333739

Fecha				Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
22	08	14										
TOTALES												

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: Mantenimiento preventivo

Trabajo realizado: Se asiste a sitio para realizar mtto. prev. pero por razones del servicio el equipo no se encuentra disponible. Se reagendará dicho mantenimiento para el siguiente miércoles 27 de Agosto por la mañana.

Nota: No se utilizó equipo de medición.

Trabajo Terminado () Si (X) 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: Se acepta reprogramación

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		Recibimos a satisfacción los trabajos y material de refacción en este reporte y aceptamos en facturación CLÍNICA DE SALUD REPRODUCTIVA DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN 22 de Agosto 2014 [Firma]
Firma	Vo.Bo. Jefe Técnico Comercial/Servic.	
Apellido	ING. SALOMON CASTILLO	Firma y sello del Cliente
Fecha	22-Ago-2014	Fecha:

ULPG-BR-010

INCIN/006/2/AD/OSI/14

SIEMENS

Protocolo de Servicio ULTRASONIDO

Fecha: 27-Ago-14

Cliente: INCM y Nutrición "Salvador Z."	Departamento: Ultrasonido
Equipo: ACUSON X150	No. De Serie: 333739
Servicio: Mantenimiento preventivo	Versión Software: 2.0.04

Actividades	Realizada?	
	Si	N.A
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:

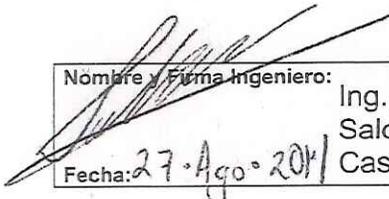
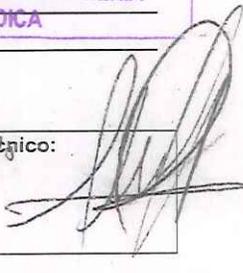
- Normal
- Ver las observaciones

Observaciones:

Instituto Nacional de Ciencias
 Médicas de Nutrición Salvador Zubirán

27 AGO 2014
 DEPARTAMENTO DE INGENIERIA
 BIOMÉDICA

CLÍNICA DE SALUD REPRODUCTIVA
 DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA
 DE LA REPRODUCCIÓN

Nombre y Firma Ingeniero:  Ing. Salomon Castillo R. Fecha: 27-Ago-2014	Nombre y Firma Jefe Técnico:  Fecha:
---	---

2708
 2-AUG-14
 00122

Reporte de Servicio Técnico No. 4040 00061500

Clase Servicio :	Descripción: Mantenimiento Preventivo	Ord. Serv. :	
Tipo de Servic. :		Fecha :	28/02/14
Pto. Trab. :	MM201002	Hora :	
ID Fiscal :		Consecutivo :	

No. Personal :	11514290 Armando Avila Maurer	Objeto Costos :	
No. Cliente :		Sucursal :	
Nombre :	Inst. Nac. de Ciencias Medicas y	Dir. Sucursal :	
Dirección :	Nutrición	Solicitado por :	Axiom Artis V
Teléfono :		Equipo :	
Técnica :	Hemodinamia - Arco en C	No. Serie :	21015

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
27	02	14		8:00	8:30	0.5		8:30	16:00	7.5		
28	02	14		8:00	8:30	0.5		8:30	15:00	6.5		
TOTALES						1				14		15

Materiales				
Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: Mantenimiento preventivo

Trabajo realizado: se realiza mantto preventivo de acuerdo a protocolo anexo. Equipo queda funcionando.

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: _____



28 FEB 2014

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		
Técnicos	Vs/No. Jefe Técnico	Comercial/Servic.
<u>Armando Avila Maurer</u>	<u>Lisset Florca Moreno</u>	<u>[Signature]</u>
Firma	Apellido	Fecha
		28/02/14
Armando Avila Maurer		

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

[Signature]

Firma y sello del Cliente

Fecha: _____

Facturación

SIEMENS

ARCF-EN-002
Contrato pendiente.

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / AX / Angio System / Polygrafo

Fecha: 28/02/14

Cliete: <i>Inst. Noc. de Ciencias Med. y Nutrición.</i>	Departamento / Sala: <i>endoscopia/sab2</i>
Equipo: <i>Axiom Artis U</i>	No. De Serie: <i>21015</i>
Número de Reporte: <i>4041000061500</i>	Fecha de Preventivo: <i>27 y 28/02/14</i>

Actividades	Realizada	
	Si	N.A
1.- Control de Seguridad		
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	
Limpiar partes generales, cables externos, partes internas del equipo	X	
Limpiar monitores de video, consola de generador y mesa, sistema digital	X	
Generador de RX, mesa emplazamiento y evaluación de EventLog	X	
Engrasar partes y superficies de sistemas con movimiento	X	
Reemplazo de discos aislantes y aceite en terminales de alta tensión de los emisores.	X	
Revisar funciones de aditamentos periféricos Siemens	X	
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema	X	
Comprobar y ajustar valores de AC-DC en mesa, generador, monitores, sistema de TV	X	
Comprobar y ajustar valores de KV, mAs, mA de acuerdo a protocolo del generador de RX	X	
Comprobar y ajustar funciones de fluoroscopia, fluoroscopia pulsada, Cine digital.	X	
Comprobar y ajustar sistema de archivo digital (Acom, Acom PC, Hicor, Leonardo)		X
Realizar medición indirecta de calidad de imagen	X	
Limpieza de las ópticas del Intensificador de Imagen, cámara de televisión (si aplica),	X	
Verificar y reemplazar baterías del sistema (si aplica)		X
3.- Inspección de funciones		
Realizar control de movimientos y funciones del sistema	X	
4.- SRS		
Revisión de Router SRS		X
Ruta Estática con Servidor Malvern SRS		X
Conectividad con Servidor Malvern SRS		X
Configuración de FTP		X
System Management Instalado Correctamente		X

Fecha de instalación del equipo	Aplica	
	NOM-158-SSA1-1996	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	Realizada	
	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	X	
Comprobar filtro total del sistema tubo-colimador sea mayor a 2.3 mm de Al, si no es el caso resolverlo	X	

Resultados del Servicio:
 Normal Ver las anotaciones

Anotaciones:

Se recomienda tener limpia el area interior del cuarto de control para evitar exceso de polvo

28 FEB 2014

Nombre y Firma Ingeniero: <i>Amando Avila Maurer</i>	Nombre y Firma Cliente:	Call Center <i>[Signature]</i>
Fecha:	Fecha:	

SIEMENS

No. de Control de IB
ARCF - EN - 002

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / AX / Angio System / Polygrafo

Fecha: 23-Sep-2014

Cliente: SSA, INST NAL DE CIENCIAS MÉDICAS	Departamento / Sala: Rayos X/Endoscopia
Equipo: AXIOM Artis U	No. De Serie: 21015
Número de Reporte: 404000067378	Fecha de Preventivo: 23 y 24 de Septiembre de 2014

Actividades	Realizada	
	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	/	
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, mAs, 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		/

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRAN"
24 SEP 2014

Fecha de instalación del equipo	Aplica	
	NOM-158-SSA1-1996	NOM-229-SSA1-2002
8- Diciembre - 2008		/

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	Realizada	
	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-colimador sea mayor a 2.3 mm de Al, si no es el caso resolverlo	/	

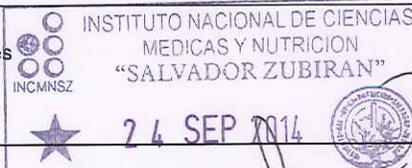
Resultados del Servicio:

Normal Ver las anotaciones

Anotaciones:

Nombre y Firma Ingeniero:
Antonio Zarazúa
Fecha: 24-Septiembre-2014

Nombre y Firma Cliente:
Call Center
Fecha: 23/09/14



Call Center
Calle Polanco
Lc. Enrique

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"**

Calle Vasco de Quiroga no. 15
Col Sección XVI
Delegación Tlalpan
México, D.F.

México, D. F. a 03 de Noviembre de 2014.

ING. SILVIA RODRIGUEZ ALFARO

Jefe de Departamento de Ingeniería Biomédica

Nuestra Referencia: Oficio MSS/015/14

Referente al Contrato número **INCMNSZ/0706/2/AD/051/14** relativo a los servicios de mantenimiento preventivo y correctivo para equipos médicos marca Siemens, al respecto le informamos que durante el mes de octubre no se programaron mantenimientos preventivos y tampoco se recibieron reportes de servicios correctivos para los siguientes modelos:

- Axiom Artis DTA/Sensis, n.s. 55173/4113
- Ecam Single Head, n.s. 2004
- Somatom Sensation 64, n.s. 54577
- Sonoline Antares, n.s. 113195
- Symbia T2, n.s. 1147
- Uroskop Access, n.s. 5251
- Acuson X150, n.s. 333739

Por lo anterior en la factura **AAA911772**, correspondiente a la mensualidad de Octubre de 2014, no se anexan órdenes de servicio.

Sin más por el momento, quedamos a sus órdenes para cualquier duda o comentario al respecto.

Atentamente
Siemens Healthcare

ING. JUAN ANTONIO VALENCIA DELGADO
Gerencia de Marketing y Venta de Servicio

LIC. MARTHA MONTES DE OCA FERNÁNDEZ
Jefe del Área Comercial



Portal de proveedores

[Inicio](#) [Comprobantes fiscales](#) [Constancias](#) [Ayuda](#) [Salir](#)

VALIDACIÓN DE FACTURAS - CFDI

Receptor: **INC710101RH7**
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SA

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

Contrato:
MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A EQUIPOS DE F

Pedido:

Orden Servicio:

Mes: MES de entrega del bien / Servicio correspondiente al MES

Año:

UUID: 961EEF54-F905-476E-883D-5633FE24EE43

ID: 16977 --- Fecha y hora registro: 03/11/2014 05:21:18 p. m.

PDF:

XML:

Respuesta

```

*****
*****
961EEF54-F905-476E-883D-
5633FE24EE43
200
Documento validado y enviado
correctamente.

```

Vasco de Quiroga 15, Colonia Sección XVI, Tlalpan C.P.14000, México D.F., México. Teléfono: +52 (55) 5487 0900

Portal diseñado por [Soluciones Metasoftica S.C.](#)

*m.p.
OK*

Clase Servicio : MS	Descripción: MTT PVO 21, 22 AGOSTO	Ord. Serv. : 404000067378
Tipo de Servic. :		Fecha :
Pto. Trab. : MM201037 ZARAZUA CUETO JOSE ANTONIO		Hora :
ID Fiscal :		Consecutivo :

No. Personal : 475161 ZARAZUA CUETO JOSE ANTONIO	Objeto Costos :
No. Cliente :	Sucursal : SSA, INST NAC CIENCIAS MED
Nombre : <i>No. Conto IG</i>	Dir. Sucursal :
Dirección : <i>ARCF-EU-002</i>	Solicitado por :
Teléfono :	Equipo : AXIOM ARTIS U
Técnica : <i>AXA INCMN/0706/2/AD/051/14</i>	No. Serie : 21015

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Día	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
23	9	14		8:00		1.0		9:30	13:30	8.0		
24	9	14						9:00				
No. C												
TOTALES												

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: Mantenimiento Preventivo 23 y 24 de Septiembre

Trabajo realizado: Se realiza mantenimiento preventivo de acuerdo a protocolo anexo limpieza y lubricación general del sistema. Se realiza cambio de cables de alimentación de fuente SNT. Se realizan pruebas generales del equipo. Equipo funcionando correctamente.

Fluke 189Sn 8140016 CLAM-0568-14

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 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 de las horas trabajadas, horas y gastos de viaje, refacciones y otros materiales en esta planilla.

Comentarios del Cliente: Se acepta reprogramación

Jorge Alvarado

24 SEP 2014

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos			Recibimos a satisfacción los trabajos y materiales relacionados en este reporte y aceptamos su facturación DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA Firma y sello del Cliente Fecha:
Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Servic.	
Firma: <i>[Signature]</i> Apellido: <i>[Signature]</i> Fecha: <i>[Signature]</i> ZARAZUA CUETO	<i>[Signature]</i> Eg. Funcionario 24/09/14	<i>[Signature]</i> Cliente	

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / AX / Angio System / Polygrafo

Fecha: 23-Sep-2014

Cliente: SSA, INST NAL DE CIENCIAS MÉDICAS	Departamento / Sala: Rayos X/Endoscopia
Equipo: AXIOM Artis U	No. De Serie: 21015
Número de Reporte: 404000067378	Fecha de Preventivo: 23 y 24 de Septiembre de 2014

Actividades	Realizada	
	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	/	
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, mAs, 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		/
	Aplica	
Fecha de instalación del equipo	NOM-158-SSA1-1996	NOM-229-SSA1-2002
8-Diciembre-2008		/

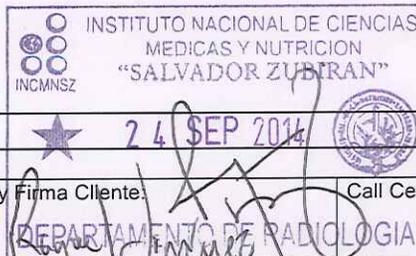
NOTA: La NOM-229-SSA1-2002 es vigente a partir del 16 de septiembre de 2006 la cual aplica para los equipo instalados a partir de esta fecha, para los equipos instalados antes del 16 de septiembre de 2006 aplica la NOM-158-SSA1-1996

Actividades	Realizada	
	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-colimador 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: Antonio Zarazúa Fecha: 24-Septiembre-2014	Nombre y Firma Cliente: Luis Roberto Jimenez Fecha: 23/09/14	Call Center: Celia Chelley 29. Funcionando.
---	--	---

SIEMENS

Reporte de Servicio Técnico No.

EARF-UV-006

Ckase Servicio :	Descripción:	Ord. Serv. :
Tipo de Servic. :		Fecha :
Pto.Trab. :	MM201039 SANCHEZ MADRID RAUL	Hora :
ID Fiscal :		Consecutivo :

No. Personal :	11509104 SANCHEZ MADRID	Objeto Costos :	
No. Cliente :		Sucursal :	Instituto Nacional de
Nombre :		Dir. Sucursal :	Nutricion
Dirección :		Solicitado por :	
Teléfono :		Equipo :	UroKey Access
Técnica :	x?	No. Serie :	5251

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo				Total	
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
27	07	14		8:30	9:30			9:30	17:30			
28	07	14		7:00	9:00			9:00				
TOTALES												

Materiales				
Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión

Descripción de falla: _____

Trabajo realizado: Se realiza mantenimiento preventivo de guardia a Protocolo Anato

Equipo Funcionando

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 _____

Firma	Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		
	Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Servic.
Apellido			
Fecha	SANCHEZ MADRID	ng. Jorge Morales	

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

Firma y sello del Cliente

Fecha: _____

Cliente

SIEMENS

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / SP / Surgery

Fecha: 28/Feb/14

Cliente: Instituto Nacional Nutrición	Departamento / Sala: Urología
Equipo: Uracolor Access	No. De Serie: 5251
Número de Reporte:	Fecha de Preventivo: 27 y 28/Feb/2014

Actividades	Realizada	
	Si	N.A
1.- Control de Seguridad		
Comprobar valor correcto de todos los fusibles	✓	
Comprobar el estado de los cables externos	✓	
Comprobar iluminación de lámpara roja en radioscopia y radiografía	✓	
2.- Mantenimiento Preventivo		
Compruebe funcionamiento de conmutadores de emergencia	✓	
Limpieza de partes generales, cables externos, internos del equipo	✓	
Limpieza el monitor de video, consola de generador, sistema digital	✓	
Limpieza de las óptica del Intensificador, cámara de televisión,	✓	
Generador de RX, sistema digital, evaluación de EventLog	✓	
Engrase de partes y superficies de sistemas con movimiento	✓	
Verificar y reemplazar baterías del sistema		x
Verificar y arreglar cables externos, presentación del sistema	✓	
Compruebe y ajuste de valores AC-DC en generador, monitores	✓	
Compruebe y ajuste de KV, mAs, mA	✓	
Compruebe y ajuste funciones de fluoroscopia	✓	
Realizar protocolo de calidad de imagen	✓	
3.- Inspección de funciones		
Realizar control de movimientos y funciones del sistema	✓	
Verificación de envío de imágenes a impresora y archivo (solo si aplica)	✓	
Respaldo de Configuración y/o SW	✓	
	Aplica	
	NOM-158-SSA1-1996	NOM-229-SSA1-2002
Fecha de instalación del equipo		

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	Realizada	
	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		
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 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.		
Comprobar filtro total del sistema tubo-colimador sea mayor a 2.3 mm de Al, si no es el caso resolverlo		

Resultados del Servicio:

- Normal
 Ver las anotaciones

Anotaciones:

Instituto Nacional de Ciencias
 Médicas de Nutrición Salvador Zubirán

20 FEB 2014

DEPARTAMENTO DE BIOMEDICINA

Ing. Jorge Morales R

Nombre y Firma Ingeniero: Paul Sudez	Nombre y Firma Cliente: [Firma]	Call Center Ing. Jorge Morales R
Fecha: 28/02/14	Fecha:	

Reporte de Servicio Técnico No.

Clase Servicio	Descripción: <u>Mantenimiento Preventivo</u>	Ord. Serv. <u>404000067377</u>
Tipo de Servic.		Fecha
Pto. Trab.		Hora
ID Fiscal		Consecutivo

No. Personal <u>433403/11090318 Aguirre Toyos</u>	Objeto Costos
No. Cliente <u>Alexandro</u>	Sucursal <u>Instituto Nal. de Ciencias Med. y Nutrición</u>
Nombre	Dir. Sucursal <u>Vasco de Quiroga</u>
Dirección	Solicitado por <u>PROSEOP ACCESS</u>
Teléfono	Equipo <u>5251</u>
Técnica <u>XP UO</u>	No. Serie

Mano de Obra												
Fecha			Horas de Viaje				Horas de Trabajo			Total		
Dia	Mes	Año	Act.	Salida	Llegada	Viaje	VFJ	Desde	Hasta	Normal	Extra	
28	08	14						8.5	17.5	8.5		8.5
29	08	14						10.5	17.5			6.5
TOTALES												

Item	Cantidad	Cod. Material	Descripción	Número de Remisión
Materiales <u>Multimedio Digital 4/1K: 8006A/5415/90/CLAM-2977-13/NOV 2015</u>				

Descripción de falla: Servicio programado.

Trabajo realizado: Control de Seguridad Mecánica y Eléctrica; hallando conexiones flojas en el Tablero eléctrico. Se solucionó.
Mantenimiento conforme al protocolo
Inspección de funciones antes y al final del servicio.

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

Firma	Firmas en conformidad con poderes Internos y Externos		
	Técnicos	Vo.Bo. Jefe Técnico	Comercial/Servic.
<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	
Apellido	<u>Aguirre</u>	<u>[Firma]</u>	
Fecha	<u>29 Ago/14</u>		

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

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS DE NUTRICION ZALVADOR ZUBIRAN

DEPARTAMENTO DE INGENIERIA BIOMEDICA

[Firma]

Firma y sello del Cliente

Fecha:

Cliente

Contr. N.º JB: EARF-UO-006
 Contr. N.º: INCMN/0306/2/A0/051/14

SIEMENS

Protocolo de Servicio Preventivo

Medical Solutions / AX / Fluoro New System

Fecha: 29/08/14

Cliente: J.N.C.M. y Nutrición	Departamento / Sala: Urología
Equipo: UROSKOP ACCESS	No. De Serie: 5251
Número de Reporte: 5251 404000067377	Fecha de Preventivo: 28 y 29/8/14

Actividades	Realizada	
	Si	N.A
1.- Control de Seguridad		
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	
Compruebe funcionamiento de conmutadores de emergencia	X	
Limpieza de partes generales, cables externos, partes internas del equipo		X
Limpiar 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 emplazamiento 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	
Compruebe y ajuste de valores de AC-DC en mesa, generador, monitores, sistema de tv	X	
Compruebe y ajuste de KV, mAs, mA de acuerdo a protocolo del generador de Rx	X	
Compruebe y ajuste tensión de bandas y placas en el seriografo		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	Aplica	
	NOM-158-SSA1-1996	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	Realizada	
	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.	X	

Resultados del Servicio:

- Normal
 Ver las anotaciones

Anotaciones:

Nombre y Firma Ingeniero: <i>Alexandra Aguirre Torres</i>	Nombre y Firma Cliente: <i>Erasto Herrera</i>	Call Center
Fecha: 29/08/14	Fecha:	

