



TEL/FAX 904-4000 EXT. 4243

RFC:CBE-810611-SB2

REPORTE DE SERVICIO DE AIRE ACONDICIONADO

PLANTEL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

EDIFICIO: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

AULA No. \_\_\_\_\_

DATOS DEL EQUIPO

Tipo de equipo: \_\_\_\_\_

Modelo: \_\_\_\_\_

Serie: \_\_\_\_\_

ESTADO DEL EQUIPO

Voltaje de entrada: \_\_\_\_\_

Presión gas Alta: \_\_\_\_\_

Amperes motor condensador: \_\_\_\_\_

Presión gas Baja: \_\_\_\_\_

Amperes motor evaporador: \_\_\_\_\_

Amperes compresor: \_\_\_\_\_

MATERIAL

Descripción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SERVICIO PRESTADO

Reparación motor condensado ( )

Ins/Reparación de termostato ( )

Reparación motor evaporador ( )

Fuga de refrigerante ( )

Cambio de compresor ( )

Nivelación de presión ( )

Lavado de sistema ( )

Alimentación eléctrica ( )

Ins/Reparación de drenaje ( )

Cable de control termostático ( )

Controles eléctricos ( )

Aspas de condensador ( )

Aspas ventilador ( )

Servicio ( )

Ductos ( )

Revisión ( )

Calefacción ( )

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉCNICO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL PLANTEL

Vo.Bo. SUPERVISOR

\_\_\_\_\_

Empty box for signature and stamp