

Este formato deberá ser llenado completamente para brindarle un mejor servicio y asesoramiento en el funcionamiento de su compresor, por lo que le recomendamos tomar los datos abajo solicitados, además **ES INDISPENSABLE PARA EL RECLAMO DE UNA GARANTÍA Y HACERLO LLEGAR A CPR COMPRESORES EN UN LAPSO NO MAYOR A 48 HORAS UNA VEZ PUESTO EN MARCHA.**

Empresa responsable de Instalación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Técnico: \_\_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Temperatura Ambiente (al momento de toma de lectura): \_\_\_\_\_ °F

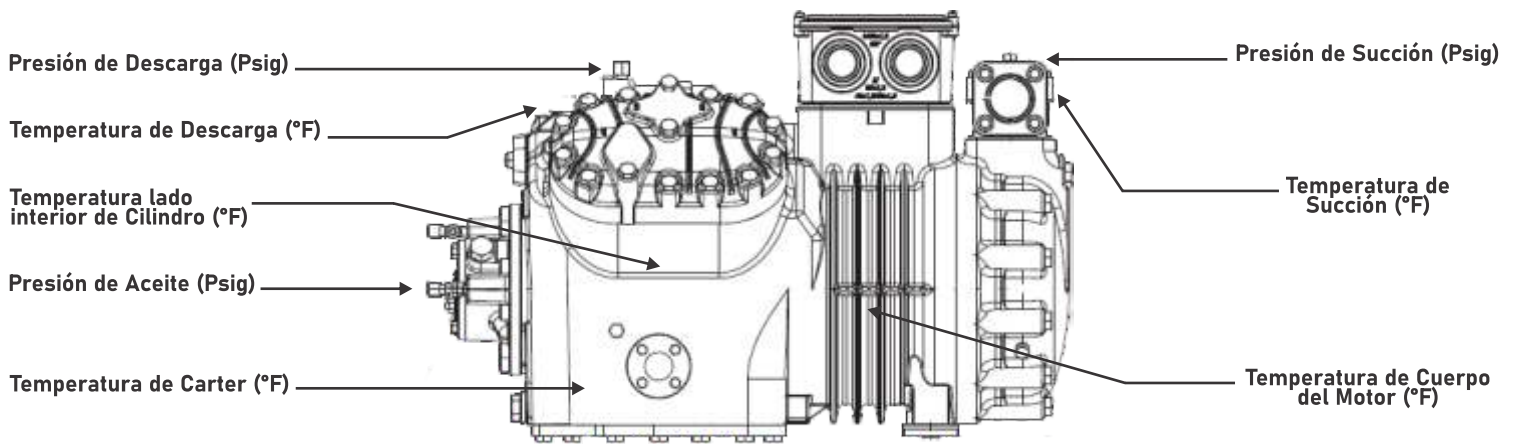
**IDENTIFICACIÓN DEL COMPRESOR:**

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Serie: \_\_\_\_\_ Voltaje: \_\_\_\_\_

Refrigerante: \_\_\_\_\_ Temperatura de Cámara: \_\_\_\_\_

Registrar las presiones en Psig. y las temperaturas en °F

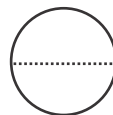
**Poner en funcionamiento el compresor durante 60 minutos, registre las presiones y temperaturas en los puntos del compresor a continuación señalados.**



Sobrecalentamiento del Compresor (°F) \_\_\_\_\_

Temp. de tubo de líquido (saliendo del condensador) (°F) \_\_\_\_\_

Marque el nivel de aceite en la mirilla con el compresor operando.



Presencia de Espuma

Sí

No

Observaciones al arranque: \_\_\_\_\_

Marca, viscosidad y tipo de aceite que se le carga al compresor: \_\_\_\_\_

Se recomienda utilizar un termómetro tipo termopar para la toma de lecturas de temperatura, a una distancia no mayor a 20 centímetros de la válvula de servicio, succión y descarga.

**VOLTAJE Y AMPERAJE DEL COMPRESOR**

FASES	VOLTAJE	AMPERAJE
MONOFÁSICO	L1: _____ L2: _____	L1: _____ L2: _____
TRIFÁSICO	<b>CONTRACTOR 1:</b>	<b>CONTRACTOR 1:</b>
	L1-L2: _____	L1: _____
	L1-L3: _____	L2: _____
	L2-L3: _____	L3: _____
	<b>CONTRACTOR 2:</b>	<b>CONTRACTOR 2:</b>
	L7-L8: _____	L7: _____
L7-L9: _____	L8: _____	
L8-L9: _____	L9: _____	

Este Reporte de Servicio debe ser llenado completamente y enviado a [soportetecnico@cprcompresores.com](mailto:soportetecnico@cprcompresores.com) en un tiempo **NO mayor a 48 hrs.** después del arranque del compresor, sin este requisito la **garantía será anulada automáticamente.**

**PARA SER LLENADO POR TÉCNICO RESPONSABLE**

Cliente: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

Jefe Mantenimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Técnico Instalador: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Técnico Certificado por CPR:    SÍ     NO

**PARA SER LLENADO POR PERSONAL DE SOPORTE TÉCNICO CPR**

Observaciones o comentarios:

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Cliente

\_\_\_\_\_  
Nombre, Firma y sello del proveedor