



PROTOCOLO DE CONTRASTE 03

RESOLUCION OSINERGMIN N° 616-2008-OS/CD

1. DATOS GENERALES

FECHA DEL CONTRASTE:					
CONTRASTE SOLICITADO POR:	USUARIO <input type="checkbox"/>	CONCESIONARIO <input type="checkbox"/>	OSINERG <input type="checkbox"/>		
SUMINISTRO N°				TELEF.:	
DIRECCIÓN:				DISTRITO:	

2. IDENTIFICACIÓN DEL MEDIDOR CONTRASTADO

N° DE MEDIDOR:			TIPO MODELOS			FASE: MONOF.: <input type="checkbox"/>			
MARCA:			CONSTANTE (K)			TRIFAS.: <input type="checkbox"/>			
DE INDUCCIÓN <input type="checkbox"/>	ELÉCTRONICO <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Rev/Kwh <input type="checkbox"/> Imp/Kwh			
FACTOR:	N° HILOS	CL PRESIÓN				<input type="checkbox"/> Wh/rev <input type="checkbox"/> Wh/Imp			
CAPACIDAD:			ENCONTRADO	COLOR	INSTALADO	COLOR			
CORRIENTE:			SELLOS EN CAPSULA						
ESTADO ANTES DEL CONTRASTE:			SELLOS BORNERA						
ESTADO DESPUES DEL CONTRASTE:			TENSIÓN:	V	FREC.:	Hz	AÑO FABRIC.:		

	Si	No
Precintos alterados		
Precintos Rotos		
Capsula de Medidor rota		
Capsula de Medidor opaca		
Luna Visor rota		
Caja sin tapa		
Tapa mas estado		
Conexión con protector		

3. PRUEBA DE CONTRASTE

P A R T E S	Marca	CARGA FICTICIA		Tensión Ensayo	PRUEBA DE VACIO			
	Serie N°	Serie N°			Corriente Requerida		Fact. Post	Conforme
	Certif.:	Certif.:			Med. de Inducción	Med. Electrónico		
	N° LE	N° LE			mAmp	0.00 Amp	I	Si No

Valido solo para Medidores de Inducción	Error Admisible por clase precisión		ERRORES PORCENTUALES									
	Inductivo o Electronico		Corriente requerida	Valor (Amp)	F.P.	N° de Vueltas	RESULTADOS				Conforme	
	Condic.	1					2	1° Prueba	2° Prueba	3° Prueba		Promedio
	1	± 2.5					± 3.5	%In				
Consumo promedio mensual del Usuario	2	± 1.5	± 2.5	Inominal						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
MENOR o IGUAL a 100 kwh <input type="checkbox"/>	3	± 1.5	± 2.5	Imax						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
MENOR a 100 kwh <input type="checkbox"/>												

4. PRUEBAS Y VERIFICACIONES ADICIONALES

Aislamiento Instalaciones Internas del usuario			Inspección Visual de Contometro	Conforme
Fase R: _____ Mn	<input type="checkbox"/> Conforme			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fase S: _____ Mn	<input type="checkbox"/> No Conforme			
Fase T: _____ Mn			Verificación de Constante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tensión de ensayo: 500 Vdc				
Megger Serie N _____			Aislamiento del sistema	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Prueba solicitada por: Usuario <input type="checkbox"/> Concesionario <input type="checkbox"/>				

5. OBSERVACIONES

CONCLUSIONES: SISTEMA DE MEDICIÓN CONFORME <input type="checkbox"/>		SISTEMA DE MEDICIÓN NO CONFORME <input type="checkbox"/>	
---	--	--	--

FIRMA DEL USUARIO

Nomb.: _____

D.N.I.: _____

CONTRASTADOR

CONCESIONARIO