


|   |  |            |               |
|---|--|------------|---------------|
|  | <b>PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO<br/>TORNQUETE</b> | <b>FCV</b> |               |
|   |  | Versión: 4 | R-DIAH201-19  |
|   | PROCESO: INGENIERÍA CLÍNICA                                |            | Página 1 de 1 |

|   |          |                 |   |   |
|---|----------|-----------------|---|---|
| Marca:  | Modelo:  |                 |   |   |
| No. Inv:  | Serie:   | Fecha Prog.     |   |   |
| Servicio:   | Entidad: | D               | M | A |
| Tiempo estandar de ejecucion por equipo : 2 horas |          | Fecha Ejecutada |   |   |
| FRECUENCIA ( ) MESES                              |          | D               | M | A |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Orden Trabajo No.</b> |  |
|--------------------------|--|

| Equipamiento Requerido  |   |
|-------------------------|---|
| Set de destornilladores | Artículos de limpieza y desinfección (Ver I-DIAH201-07) |
| Multímetro              |   |
|                         |   |

| REVISION PRE-ENCENDIDO Y FUNCIONAMIENTO |   |                             |                             |
|---|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.                                      | Inspección general del equipo (golpes, abolladuras, pintura, etc)                                       | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.                                      | Limpieza general del equipo   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3.                                      | El interruptor On/Off funciona correctamente  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.                                      | Inspección de componentes eléctricos/electrónicos (cable de AC, porta-fusibles, conexión a tierra, etc) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.                                      | Inspección de manguera, conectores y accesorios   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6.                                      | Revisión de funcionamiento de panel de control y display  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7.                                      | Equipo mantiene la presión durante el tiempo seleccionado   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8.                                      | Colocar Sticker mantenimiento preventivo  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

| Observaciones : |                            |                          |
|-----------------|----------------------------|--------------------------|
|                 |                            |                          |
| Responsable:    | Vo. Bo.Ingeniería Clínica: | Recibido a satisfacción: |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Elaborado Por: <i>Tecnólogo Ingeniería Clínica</i>  |  | Aprobado Por: <i>Jefe de Ingeniería Clínica</i> |
| Revisado Por: <i>Coordinador Ingeniería Clínica</i> |  | Fecha de Aprobación: 2023-06-07                 |
| Fecha de Revisión: 2023-06-07                       |  |   |