


| | | | |
|---|---|------------|---------------|
|  | PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO UNIDAD DE CALENTAMIENTO (MANTA TÉRMICA WARM TOUCH) | FCV | |
| | | Versión: 4 | R-DIAH201-19 |
| | PROCESO: INGENIERÍA CLÍNICA | | Pagina 1 de 1 |

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

| | |
|--------------------------|--|
| Orden Trabajo No. | |
|--------------------------|--|

| 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. | Revisar que la Unidad cuente con todos sus componentes | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. | Inspección de componentes mecánicos eléctricos/electrónicos (cable de AC, porta-fusibles, conexión a tierra, etc); según corresponda | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. | Inspeccionar filtro de aire | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. | Verificar el funcionamiento de la unidad | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. | Verificación Temperatura. (medidas en °C +/- 10%) | | |
| | 34 | | |
| | 40 | | |
| | 45 | | |
| | 47 | | |
| 8. | Colocar Sticker mantenimiento preventivo | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9 | Fecha de Calibración según Sticker de Validación y Metrología | | |

| 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 |
|-------------------------------|