

REGISTRO DE SERVICIO

CR N° 21541

FECHA:

01 | 06 | 2021



BIOMETRICAL

Seguridad y confianza por la vida



SC-CER571237



CO-SC-CER571237

REPORTE DE MANTENIMIENTO

NOMBRE INGENIERO O TECNICO	Luisa De la Cruz
EMPRESA	Cooemssana IPS
SEDE	Hospital San José

INFORMACION DEL EQUIPO

NOMBRE DEL EQUIPO	Equipo de terapia de alto flujo		
MARCA	Fisher and Paykel		
MODELO	Airvo 2	SERIE	20031115640
UBICACION	Estación enfil. UCI	CÓDIGO	NR

TIPO EQUIPO	Biomedico
-------------	-----------

TIPO DE SERVICIO:	<input type="checkbox"/> Preventivo	<input checked="" type="checkbox"/> Correctivo	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Otro
	<input type="checkbox"/> Instalación	<input type="checkbox"/> Garantía	<input type="checkbox"/> Alistamiento	

TIPO FALLA

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Mal uso	<input type="checkbox"/> Consumible	<input type="checkbox"/> Mecánica	<input type="checkbox"/> Hidráulica
<input checked="" type="checkbox"/> Operativa	<input type="checkbox"/> Electrónica	<input type="checkbox"/> Software	<input type="checkbox"/> Accesorio	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Neumática	<input type="checkbox"/> Óptica	<input type="checkbox"/> Eléctrica	<input type="checkbox"/> Deterioro	

PROBLEMA PRESENTADO:	No sensa concentración de O ₂ correctamente
----------------------	--

ACTIVIDADES

<input checked="" type="checkbox"/> Prueba Funcional Inicial.	<input type="checkbox"/> Verificación Sistema Óptico.	Rutina de Mantenimiento El equipo se somete a calibración para determinar si los valores de O ₂ sensados eran los correctos. Se verifica que estos valores son correctos y se envía video al personal de UCI.
<input checked="" type="checkbox"/> Revisión Aspecto Físico del Equipo.	<input type="checkbox"/> Verificación Sistema Electromecánico.	
<input checked="" type="checkbox"/> Revisión Condiciones Ambientales.	<input type="checkbox"/> Verificación Sistema Vapor.	
<input checked="" type="checkbox"/> Verificación Sistema Electrónico.	<input checked="" type="checkbox"/> Verificación Sistema Operativo.	
<input type="checkbox"/> Verificación Sistema Hidráulico.	<input checked="" type="checkbox"/> Limpieza Interna del Equipo.	
<input type="checkbox"/> Verificación Sistema Neumático.	<input checked="" type="checkbox"/> Limpieza Externa del Equipo.	
<input type="checkbox"/> Verificación Sistema Mecánico.	<input type="checkbox"/> Lubricación de partes.	
<input type="checkbox"/> Verificación Sistema Eléctrico.	<input checked="" type="checkbox"/> Pruebas de Funcionamiento.	

VERIFICACIÓN METROLÓGICA

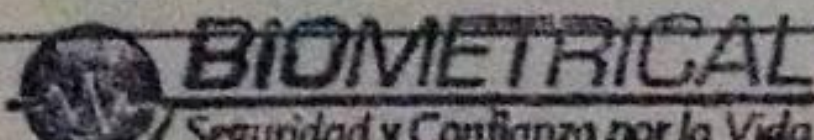
Valor Normal	Valor Medido
88 %	87 %
95 %	96 %

REPUESTOS UTILIZADOS

Detalle	Referencia	Cantidad
/	/	/
/	/	/

OBSERVACIONES

EL EQUIPO FUNCIONA CORRECTAMENTE: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se envia video para que verifiquen que el equipo esta sensando correctamente los valores de O ₂ mostrados en pantalla.



Ing. Luisa de la Cruz Meza

RH 201905-249

INGENIERO O TECNICO RESPONSABLE

FIRMA DE QUIEN RECIBE A SATISFACCIÓN

Carrera 27 No. 15-24 - ©: 317 7508140 - 312 6300035
biometrical.pasto@gmail.com
www.laboratoriobiometrical.com.co