



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD

REPORTE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS
BIOMEDICOS

Código: 362-1-P1-F2

Página 1 de 1

Versión: 0

Vigente a partir de : 28 de Mayo de 2021

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	MONITOR DE SIGNOS VITALES	Activo fijo	NO REGISTRA		
Marca	SECA	Ubicación	SALA DE PARTOS		
Modelo	5350000001	Servicio	SALA DE PARTOS		
Serie:	10000000351912	Fecha	20/05/2022	N° Reporte	

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
programado				Mantenimiento Correctivo. Sensor de SpO2 se encuentra con terminal de cable a pinza roto con cables expuestos.
Mantenimiento correctivo		x		
llamado de emergencia				

3. EVALUACION TECNICA

PUNTO DE INSPECCION	¿Se realiza actividad?			¿Cuál es su estado?			ACTIVIDAD REALIZADA
	SI	NO	N/A	B	R	M	
Verificación de estado físico	x				x		Se realiza reparación de parte rota con cables expuestos con acrílico epóxico con el fin de cubrir partes expuesta y evitar probables roturas. Se realiza verificación de accesorio en conjunto con monitor de signos vitales. Equipo queda funcionando correctamente.
Verificación de accesorios	x				x		
Prueba de funcionamiento inicial	x			x			
Verificación del sistema eléctrico	x			x			
Verificación del sistema electrónico	x			x			
Verificación del sistema mecánico			x				
Verificación del sistema neumático	x			x			
Verificación del sistema óptico			x				
Verificación del sistema de control	x			x			
Verificación de conexiones	x			x			
Verificación del sistema de alarma y seguridad	x			x			
Verificación de sistemas visuales y auditivos	x			x			
Verificación del Software	x			x			
Limpieza interna y externa		x					
Lubricación de componentes mecánicos			x				
Ajuste del sistema		x					
Remplazo de componentes		x					
Prueba de funcionamiento Final	x			x			

4. VERIFICACIÓN METROLOGICA

VALOR DE REFERENCIA	MEDICION			RESULTADO PROMEDIO	APRUEBA / NO APRUEBA	OBSERVACIONES
	1	2	3			

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1		
2		
3		

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente?	SI	x	NO		OBSERVACIONES Equipo queda en correcto funcionamiento.
¿Equipo funcionando con limitaciones?	SI		NO	x	
¿Equipo puesto fuera de servicio?	SI		NO	x	
¿Se sugiere la baja del equipo?	SI		NO	x	

FIRMA Y/O SELLO DEL RESPONSABLE DE REALIZAR

FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO

Firma:

Firma:

Nombre:

Nombre:

Cargo:

Cargo:

C.C.:

C.C.:



