



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD

Código:

Página 1 de 1

Versión:

Vigente a partir de:

FORMATO REGISTRO PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS E INDUSTRIALES DE USO HOSPITALARIO

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

| T. IDENTIFICACION DEL EQUIPO | | | | | |
|------------------------------|-------------------|--|-------------|----------------|----------------------|
| Nombre | BASCULA PESA BEBE | | Activo fijo | 06703 | |
| Marca | SECA | | Ubicación | SALA DE PARTOS | |
| Modelo | 354 | | Servicio | SALA 2 | |
| Serie | 8354018130298 | | Fecha | 7/09/2021 | N° Reporte 070921-04 |

2. CLASE DE REPORTE

| | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|
| Mantenimiento programado | 1 | 2 | 3 | DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA Reportan del servicio que equipo se encuentra descalibrado |
| 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 inspección general de equipo, equipo se encuentra en correctas condiciones físicas y de funcionamiento. Se realiza verificación metrología para determinar el correcto funcionamiento de equipo. Equipo funciona Ok |
| Verificación de accesorios | x | | | x | | | |
| Prueba de funcionamiento inicial | x | | | x | | | |
| Verificación del sistema eléctrico | | | x | | | | |
| Verificación del sistema electrónico | x | | | x | | | |
| Verificación del sistema mecánico | x | | | x | | | |
| Verificación del sistema neumático | | | x | | | | |
| Verificación del sistema óptico | | | x | | | | |
| Verificación del sistema de control | x | | | x | | | |
| Verificación de conexiones | | | x | | | | |
| Verificación del sistema de alarma y seguridad | | | x | | | | |
| Verificación de sistemas visuales y auditivos | x | | | x | | | |
| Verificación del Software | | | 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 | ERROR | APRUEBA / NO APRUEBA | OBSERVACIONES |
|---------------------|----------|--------|--------|--------------------|--------|----------------------|--|
| | 1 | 2 | 3 | | | | |
| 1 Kg | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 0,000 | APRUEBA | Se verifica con masa patrón. Equipo funciona correctamente |
| 5 Kg | 5,010 | 5,010 | 5,010 | 5,010 | -0,010 | APRUEBA | |
| 20 Kg | 20,020 | 20,020 | 20,020 | 20,020 | -0,020 | APRUEBA | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

| ITEM | DESCRIPCION | CANTIDAD |
|------|-------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

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: | Karin Faisoly Junco Mendoza | Nombre: | |
| Cargo: | Ingeniera Biomédica | Cargo: | |
| Registro Sanitario: | RH-201406-301 | C.C.: | |



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD

Código:

Página 1 de 1

Versión:

Vigente a partir de:

FORMATO REGISTRO PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS E INDUSTRIALES DE USO HOSPITALARIO

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

| | | | | | |
|--------|-------------------|-------------|----------------|------------|-----------|
| Nombre | BASCULA PESA BEBE | Activo fijo | 07483 | | |
| Marca | SECA | Ubicación | SALA DE PARTOS | | |
| Modelo | 334 1321008 | Servicio | SALA 1 | | |
| Serie | 5334004186620 | Fecha | 7/09/2021 | N° Reporte | 070921-03 |

2. CLASE DE REPORTE

| | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|
| Mantenimiento programado | 1 | 2 | 3 | DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA Reportan del servicio que equipo se encuentra descalibrado |
| 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 inspección general de equipo, equipo se encuentra en correctas condiciones físicas y de funcionamiento. Se realiza verificación metrología para determinar el correcto funcionamiento de equipo. Equipo funciona Ok |
| Verificación de accesorios | x | | | x | | | |
| Prueba de funcionamiento inicial | x | | | x | | | |
| Verificación del sistema eléctrico | | | x | | | | |
| Verificación del sistema electrónico | x | | | x | | | |
| Verificación del sistema mecánico | x | | | x | | | |
| Verificación del sistema neumático | | | x | | | | |
| Verificación del sistema óptico | | | x | | | | |
| Verificación del sistema de control | x | | | x | | | |
| Verificación de conexiones | | | x | | | | |
| Verificación del sistema de alarma y seguridad | | | x | | | | |
| Verificación de sistemas visuales y auditivos | x | | | x | | | |
| Verificación del Software | | | x | | | | |
| Limpieza interna y externa | | x | | | | | |
| Lubricación de componentes mecánicos | | | x | | | | |
| Ajuste del sistema | | x | | | | | |
| Reemplazo de componentes | | x | | | | | |
| Prueba de funcionamiento Final | x | | | x | | | |

4. VERIFICACIÓN METROLOGICA

| VALOR DE REFERENCIA | MEDICION | | | RESULTADO PROMEDIO | ERROR | APRUEBA / NO APRUEBA | OBSERVACIONES |
|---------------------|----------|--------|--------|--------------------|-------|----------------------|--|
| | 1 | 2 | 3 | | | | |
| 1 Kg | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,0 | 0,0 | APRUEBA | Se verifica con masa patrón. Equipo funciona correctamente |
| 5 Kg | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,0 | 0,0 | APRUEBA | |
| 20 Kg | 20,000 | 20,000 | 20,000 | 20,0 | 0,0 | APRUEBA | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

| ITEM | DESCRIPCION | CANTIDAD |
|------|-------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

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: Karin Faisoly Junco Mendoza | Nombre: |
| Cargo: Ingeniera Biomédica | Cargo: |
| Registro Sanitario: RH-201406-301 | C.C.: |