



PROTOCOLO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y
CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS DE ESE HOSPITAL
REGIONAL DE DUITAMA

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	Tensiómetro	Activo fijo	
Marca	ABN	Ubicación	Sala de Partos
Modelo	Aneroide	Servicio	Sala de Partos
Serie	842041	Fecha	09 12 2020

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
Mantenimiento correctivo		X		Brazalete se encuentra dañado con velcro que no pega.
llamado de emergencia				

3. EVALUACION TECNICA

PUNTO DE INSPECCION	¿SE REALIZO LA ACTIVIDAD?			¿CUAL ES SU ESTADO?			ACTIVIDAD REALIZADA SEGÚN PROTOCOLO DEL EQUIPO
	SI	NO	N/A	B	R	M	
Verificación de estado físico	X			X			Se entrega y se realiza cambio de brazalete que se encontraba con velcro dañado.
Verificación de accesorios	X			X			
Prueba de funcionamiento inicial	X			X			
Verificación del sistema eléctrico			N/A				
Verificación del sistema electrónico			N/A				
Verificación del sistema mecánico			N/A				
Verificación del sistema neumático	X			X			
Verificación del sistema óptico			N/A				
Verificación del sistema de control			N/A				
Verificación de conexiones	X			X			
Verificación del sistema de alarma y seguridad			N/A				
Verificación de sistemas visuales y auditivos			N/A				
Verificación del Software			N/A				
Limpieza interna y externa	X			X			
Lubricación de componentes mecánicos			N/A				
Ajuste del sistema		X					
Reemplazo de componentes	X			X			
Prueba de funcionamiento Final	X			X			

4. VERIFICACIÓN METROLOGICA

REVISIÓN PARA EQUIPOS QUE PESEN	¿SE REALIZO LA ACTIVIDAD?			¿CUAL ES SU ESTADO?			RESULTADO	OBSERVACIONES
	SI	NO	N/A	B	R	M		
Masas patrón clase M1 10 kilos			N/A					
Masas patrón clase M1 20 kilos			N/A					
Masas patrón clase M1 40 kilos			N/A					
REVISIÓN CON OTROS PATRONES	SI	NO	N/A	B	R	M	RESULTADO	OBSERVACIONES
			N/A					

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Brazalete	1

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente bajo parámetros del fabricante?	SI	X	NO		OBSERVACIONES
¿Equipo funcionando con limitaciones?	SI		NO	X	Equipo queda funcionando en correctas condiciones.
¿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 MANTENIMIENTO	FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO
Edna Brigitte Cuta M. Ingeniera Biomédica Tp. 25244-370437 C.N.B. celular RH- 201709-S1A	 Angela Parada
Nombre: ING EDNA B. CUTA	Nombre: CC 236113656