



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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	FLUJOMETRO PEDIATRICO	Activo fijo	NO REGISTRA
Marca	GENTEC	Ubicación	A3
Modelo	FM293-3L-X	Servicio	HOSPITALIZACION
Serie	NO REGISTRA	Fecha	24 12 2020

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA Equipo presenta fuga en conector para perilla de control
Mantenimiento correctivo		X		
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 realiza desmonte de perilla de control, se ajusta en empaque, se sellan fugas. Equipo queda en correcto funcionamiento
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	X			X			
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			X			
Remplazo de componentes		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

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente bajo parámetros del fabricante?	SI	X	NO		OBSERVACIONES Equipo 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 MANTENIMIENTO

FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO

Edna Brigitte Cuta M.
Ingeniera Biomédica
T.p. 25244-370437 CND
Inviata RH- 201709-514

Cristina Hernandez

Nombre: Ing Edna Brigitte Cuta Moreno

Nombre: