



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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	TENSIOMETRO	Activo fijo	0
Marca	LORD	Ubicación	URGENCIAS - TRIAGE
Modelo	ANEROIDES	Servicio	URGENCIAS
Serie	1120890	Fecha	6/05/2021
		Nº Reporte:	

2. CLASE DE REPORTE

	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
Mantenimiento programado				Esfigmomanometro desajustado
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 ajuste des esfigmomanometro el cual se encuentreba con reloj torcido y desajustado. Se realiza verifiacion metrologica con medidor de presion. Equipo queda funcionando correctamente.
Verificación de accesorios	x			x			
Prueba de funcionamiento inicial	x					x	
Verificación del sistema eléctrico			x				
Verificación del sistema electrónico			x				
Verificación del sistema mecánico			x				
Verificación del sistema neumático	x			x			
Verificación del sistema óptico			x				
Verificación del sistema de control			x				
Verificación de conexiones	x			x			
Verificación del sistema de alarma y seguridad			x				
Verificación de sistemas visuales y auditivos			x				
Verificación del Software			x				
Limpieza interna y externa		x					
Lubricación de componentes mecánicos			x				
Ajuste del sistema	x			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				
20 mmHg	20	20	20	20,0	0,0	APRUEBA	
50 mmHg	50	50	51	50,3	-0,3	APRUEBA	
100 mmHg	100	100	100	100,0	0,0	APRUEBA	
150 mmHg	148	148	148	148,0	2,0	APRUEBA	
200 mmHg	197	197	197	197,0	3,0	APRUEBA	
300 mmHg	295	295	295	295,0	5,0	NO APRUEBA	

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

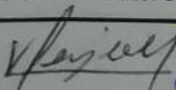
ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
	Ninguno	

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente?	SI	X	NO		OBSERVACIONES
¿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 DEL RESPONSABLE DEL EQUIPO

Firma:   
INGENIERA BIOMÉDICA  
REG. INVIMA RH-201406-301  
TP. 25244190716 CND  
Nombre: Karin Faisoly Junco Mendoza  
Cargo: Ingeniera Biomédica  
Registro Invima: RH-201406-301

Firma:   
Médico  
C.C. 1.049.638.631  
Nombre:   
Cargo:   
C.C.:



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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	TENSIOMETRO	Activo fijo	0
Marca	ABN	Ubicación	URGENCIAS - TRIAGE
Modelo	ANEROIDES	Servicio	URGENCIAS
Serie	081880	Fecha	6/05/2021
		Nº Reporte:	

2. CLASE DE REPORTE

DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA			
Mantenimiento programado	1	2	3
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 notifica que equipo se encuentra desajustado presnetando valores incorrectos. Se realiza verificación metrologica con medidor de presion. Equipo queda funcionando correctamente.
Verificación de accesorios	x			x			
Prueba de funcionamiento inicial	x					x	
Verificación del sistema eléctrico			x				
Verificación del sistema electrónico			x				
Verificación del sistema mecánico			x				
Verificación del sistema neumático	x			x			
Verificación del sistema óptico			x				
Verificación del sistema de control			x				
Verificación de conexiones	x			x			
Verificación del sistema de alarma y seguridad			x				
Verificación de sistemas visuales y auditivos			x				
Verificación del Software			x				
Limpieza interna y externa		x					
Lubricación de componentes mecánicos			x				
Ajuste del sistema	x			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				
20 mmHg	20	20	20	20,0	0,0	APRUEBA	
50 mmHg	51	51	50	50,7	-0,7	APRUEBA	
100 mmHg	100	100	100	100,0	0,0	APRUEBA	
150 mmHg	150	150	149	149,7	0,3	APRUEBA	
200 mmHg	199	199	199	199,0	1,0	APRUEBA	
300 mmHg	299	299	296	298,0	2,0	APRUEBA	

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
	Ninguno	

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente?	SI	X	NO		OBSERVACIONES
¿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
Firma: <i>Karin Faisoly Junco M.</i> INGENIERA BIOMÉDICA REG. INVIMA RM-201406-301 CND 25249190316	Firma: <i>Luis Miguel Acosta Gil</i> Médico C.C. 1.049.638.631
Nombre: Karin Faisoly Junco M.	Nombre: Luis Miguel Acosta Gil
Cargo: Ingeniera Biomédica	Cargo: Médico
Registro Invima: RH-201406-301	C.C.: 1.049.638.631