



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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	LARINGOSCOPIO	Activo fijo	
Marca	WELCH ALLYN	Ubicación	B2
Modelo	60813	Servicio	HOSPITALIZACION
Serie	NO REGISTRA	Fecha	22 12 2020

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
				Luz no enciende y no se mantiene encendida
Mantenimiento correctivo		X		
llamado de emergencia				

3. EVALUACION TECNICA

PUNTO DE INSPECCION	¿SE REALIZO LA ACTIVIDAD?			¿CUAL ES SU ESTADO?			ACTIVIDAD REALIZADA
	SI	NO	N/A	B	R	M	
Verificación de estado físico	X					X	Equipo se encuentra con componentes y contactos sulfatados, se realiza desensamblado de equipo y se procede a hacer limpieza profunda del equipo. Se ajustan contactos. 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	X			X			
Verificación del sistema mecánico			N/A				
Verificación del sistema neumático			N/A				
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			X			
Reemplazo 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 queda funcionando en correctas condiciones.
¿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

Edna Brigitte Cuta Moreno  
Ingeniera Biomedica  
T.E. 2544-378437 CUB  
Inscripción 2010-09-51\*

Deisy Plana

Nombre: Ing Edna Brigitte Cuta Moreno

Nombre: