



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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	ANALIZADOR DE SIGNOS VITALES	Activo fijo	
Marca	SECA	Ubicación	A2
Modelo	5350000001	Servicio	HOSPITALIZACION
Serie	10000000351914	Fecha	26 02 2021 N° Reporte: HOS-003

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
Mantenimiento correctivo		X		Equipo toma pulsioximetria
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			Se realiza verificación de equipo, se determina que no toya pulsioximetria ya que cable interfaz se encuentra dañado, se realiza cambio de cable, se encuentra con pulsioximetro quebrado, se realiza refuerzo de estructura y ajuste de cableado. Se ajusta monitor de signos vitales. Equipo queda en correcto funcionamiento
Verificación de accesorios	X					X	
Prueba de funcionamiento inicial	X				X		
Verificación del sistema eléctrico	X			X			
Verificación del sistema electrónico	X			X			
Verificación del sistema mecánico			X				
Verificación del sistema neumático	X			X			
Verificación del sistema óptico			X				
Verificación del sistema de control	X			X			
Verificación de conexiones	X			X			
Verificación del sistema de alarma y seguridad	X			X			
Verificación de sistemas visuales y auditivos	X			X			
Verificación del Software	X			X			
Limpieza interna y externa		X					
Lubricación de componentes mecánicos			X				
Ajuste del sistema	X			X			
Remplazo de componentes	X			X			
Prueba de funcionamiento Final	X			X			

4. VERIFICACIÓN METROLOGICA

VALOR DE REFERENCIA	MEDICION			RESULTADO PROMEDIO	ERROR	APRUEBA / NO APRUEBA	OBSERVACIONES NO APLICA
	1	2	3				

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Cable interfaz SpO2	1

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 MANTENIMIENTO

Karin Faisoly Junco Mendoza
INGENIERA BIOMÉDICA
REG. INV. 201406-304
TP 25244190316 CND
Nombre: Karin Faisoly Junco Mendoza
Cargo: Ingeniera Biomédica
Registro Sanitario: RH-201406-301

FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO

Angie Vanessa Chaparro Abrego
Nombre: Angie Vanessa Chaparro Abrego
Cargo: Examinadora Jefe
C.C.: 1057602707