

CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS

digo: 362-1-P1-F2 gina 1 de 1

sión: 0

vigente a partir de : 28 de Mayo de 2021

The state of the s	The second of th	1. IDENTIFICACION DE	L EQUIPO	
Nombre	LAMPARA PIELITICA	Activo fijo	02034	
Marca	FAMED	Ubicación	SALA 1	
Modelo	BHS-331	Servicio	SALA DE PARTOS	
Serie	990103	Fecha	17/01/2022	N° Reporte 220117-01

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA				
programado	×			Mantenimiento preventivo y correctivo de equipo debido daño en sistema eléctrico, cable de poder				
Mantenimiento correctivo X				roto aparentemente por corte del cable con ruedas del mismo				
llamado de emergeno	ia		The same of					

3. EVALUACION TECNICA

PUNTO DE INSPECCION	¿Se realiza actividad?			¿Cuál es su estado?			ACTIVIDAD DEALIZADA		
FORTO DE INSPECCION	SI	NO	N/A	В	R	M	ACTIVIDAD REALIZADA		
Verificación de estado físico	X			X			Verificación de condiciones físicas y		
Verificación de accesorios	X			X			ambientales, revisión de sistema electrónico, se		
Prueba de funcionamiento inicial	X	May see 5		X			revisa interruptor on/off, se realiza verificación		
Verificación del sistema eléctrico	X					X	de bombillo e intensidad de luz. Se realiza		
Verificación del sistema electrónico	X			X			cambio en su totalidad de Cable AC		
Verificación del sistema mecánico	X			X			encauchetado el cual se encuentra cortado		
Verificación del sistema neumático			X				aparentemente por el mismo equipo, se		
Verificación del sistema óptico			X				realizan ajustes en cableado y refuerzo de		
Verificación del sistema de control	X			X			conexiones. Equipo queda funcionando		
Verificación de conexiones	X				Same Carlo	X	correctamente.		
Verificación del sistema de alarma y seguridad	Mark and		X						
Verificación de sistemas visuales y auditivos	X			X					
Verificación del Software			X						
Limpieza interna y externa	X			X					
Lubricación de componentes mecánicos		X							
Ajuste del sistema	X			X					
nplazo de componentes	×			×					
Prueba de funcionamiento Final	×		and the same of	X					

4. VERIFICACIÓN METROLOGICA

VALOR DE REFERENCIA	Carlotte Street	MEDICIO	N	RESULTADO		ADDUEDA (NO ADDUEDA	OBSERVACIONES
VALOR DE REI ERENCIA	1	1 2 3		PROMEDIO	ERORI	APRUEBA / NO APRUEBA	
		Annual design					
		Contract of					
				ALCOHOLD BY THE REAL PROPERTY.			
		THE PERSON NAMED IN		5 REPLIESTOS	VACCEC	ODIOS	

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Cable encauchetado (fase , neutro y tierra)	4 Metros
2		· · · · · · · ·
3		

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente?	SI	X	NO		OBSERVACIONES	
¿Equipo funcionando con limitaciones?	SI	1	NO	X	Equipo queda en correcto funcionamiento.	
¿Equipo puesto fuera de servicio?	SI	1-000	NO	×		
Se sugiere la baja del equipo?	SI	A Salara	NO	Y		

FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO FIRMA Y/O SELLO DEL RESPONSABLE DE REALIZAR

Firma:

DIANA VARGAS.

Nombre: Diana Paola Vargast Cargo: Enfermero C.C.: 1053608172. Nombre:

Cargo: Ax Bonnedico C.C.: 7.059.038.084













