



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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

| | | | |
|--------|---------------|-------------|----------------|
| Nombre | Lampara | Activo fijo | |
| Marca | Cattle lights | Ubicación | Sala 2 |
| Modelo | 31 | Servicio | Sala de partos |
| Serie | G3870 | Fecha | 10 12 2020 |

2. CLASE DE REPORTE

| | | | | |
|---|---|---|---|-----------------------------------|
| Mantenimiento programado | 1 | 2 | 3 | DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA |
| | | | | |
| Mantenimiento correctivo | X | | | |
| llamado de emergencia | | | | |
| Equipo se encuentra sin funcionamiento. luz no enciende | | | | |

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 conexion y ajuste de cableado suelto, se cambia bombillo. 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 | | | X | | | |
| 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 | | | | | |
| Lubricación de componentes mecánicos | X | | | X | | | |
| Ajuste del sistema | | | N/A | | | | |
| Remplazo de componentes | X | | | 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 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
Tp. 25244-370437 CND
Ingeniera M. 201709-514

5789799

Nombre: ING EDNA B. CUTA

Nombre:



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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

| | | | |
|--------|------------------|-------------|----------------|
| Nombre | Lampara | Activo fijo | |
| Marca | Pelton E80 Light | Ubicación | Sala 2 |
| Modelo | | Servicio | Sala de Partos |
| Serie | S4742 | Fecha | 10 / 12 / 2020 |

2. CLASE DE REPORTE

| Mantenimiento programado | 1 | 2 | 3 | DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA |
|--------------------------|---|---|---|--|
| Mantenimiento correctivo | | X | | Equipo se encuentra suelto y no se mantiene en posicion el satellite |
| 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 instalación de empaque de tambo que sostiene satellite en posiciones, se verifica funcionamiento. 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 | | | | X | | |
| 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 | | | | | |
| Lubricación de componentes mecánicos | X | | | X | | | |
| Ajuste del sistema | | | N/A | | | | |
| Remplazo de componentes | X | | | 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 |
|------|-------------|----------|
| 1 | Empaque | 1 |

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

| ¿Equipo funcionando correctamente bajo parámetros del fabricante? | SI | X | NO | OBSERVACIONES |
|---|----|---|----|--|
| ¿Equipo funcionando con limitaciones? | SI | | NO | Equipo queda en correcto funcionamiento. |
| ¿Equipo puesto fuera de servicio? | SI | | NO | |
| ¿Se sugiere la baja del equipo? | SI | | NO | |

| FIRMA Y/O SELLO DEL RESPONSABLE DE REALIZAR MANTENIMIENTO | FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO |
|---|---|
| <p>Edna Brigitte Cuta M. Ingeniera Biomédica T.P. 25244-370437 CND Inscripción RH- 201709-514</p> | <p><i>[Firma]</i> 52897899</p> |
| Nombre: ING EDNA B. CUTA | Nombre: |