



**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	HOSPITALIZACION B2
Modelo	5350000001	Servicio	HOSPITALIZACION B2
Serie	10000000351914	Fecha	16 12 2020

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
				Sensor SpO2 con cables sueltos, en ocasiones no toma saturación ni BPM
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			Se ajusta cableado y conexiones, se refuerza soporte para pinza SpO2, se entrega e instala. 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			N/A				
Verificación del sistema neumático	X			X			
Verificación del sistema óptico			N/A				
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			N/A				
Ajuste del sistema	X			X			
Remplazo 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?	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	FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO
Edna Brigitte Cuta M. Ingeniera Biomédica T.P. 25244-370437 CND Invima RH- 201709-514	
Nombre: Ing Edna Brigitte Cuta Moreno	Nombre: 1023018590