



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD

REPORTE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS

Código: 362-1-P1-F2

Página 1 de 1

Versión: 0

Vigente a partir de : 28 de Mayo de 2021

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	Monitor fetal	Activo fijo	
Marca	Corometrics	Ubicación	Consultorio
Modelo	170 series	Servicio	Ginecología - C2
Serie	3A5133609415A	Fecha	13 Julio 2022
		N° Reporte	00032

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
programado				
Mantenimiento correctivo				
llamado de emergencia				

3. EVALUACION TECNICA

PUNTO DE INSPECCION	¿Se realiza actividad?			¿Cuál es su estado?			ACTIVIDAD REALIZADA
	SI	NO	N/A	B	R	M	
Verificación de estado físico							Se realiza reparación de transductor el cual una de sus terminales se encontraban sueltas se hacen pruebas de funcionamiento. El equipo queda operacional y listo para su uso.
Verificación de accesorios							
Prueba de funcionamiento inicial							
Verificación del sistema eléctrico							
Verificación del sistema electrónico							
Verificación del sistema mecánico							
Verificación del sistema neumático							
Verificación del sistema óptico							
Verificación del sistema de control							
Verificación de conexiones							
Verificación del sistema de alarma y seguridad							
Verificación de sistemas visuales y auditivos							
Verificación del Software							
Limpieza interna y externa							
Lubricación de componentes mecánicos							
Ajuste del sistema							
Remplazo de componentes							
Prueba de funcionamiento Final							

4. VERIFICACIÓN METROLOGICA

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

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1		
2		
3		

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO		OBSERVACIONES
¿Equipo funcionando con limitaciones?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Equipo puesto fuera de servicio?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Se sugiere la baja del equipo?	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>	

FIRMA Y/O SELLO DEL RESPONSABLE DE REALIZAR

FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO

Firma:

Firma:

Nombre:

Nombre:

Cargo:

Cargo:

C.C.:



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD

REPORTE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS

Código: 362-1-P1-F2

Página 1 de 1

Versión: 0

Vigente a partir de : 28 de Mayo de 2021

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	Monitor fetal	Activo fijo	
Marca	SURAT	Ubicación	Hospitalización C2
Modelo	SRF 618K9	Servicio	Hospitalización C2
Serie	P0263-00027-F13002	Fecha	15 Julio 2022
		N° Reporte	00034

2. CLASE DE REPORTE

	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
Mantenimiento programado				
Mantenimiento correctivo		X		
llamado de emergencia				

3. EVALUACION TECNICA

PUNTO DE INSPECCION	¿Se realiza actividad?			¿Cuál es su estado?			ACTIVIDAD REALIZADA
	SI	NO	N/A	B	R	M	
Verificación de estado físico							Se realiza reparación de toco, y fetocardio.
Verificación de accesorios							
Prueba de funcionamiento inicial							Se realizan pruebas de funcionamiento.
Verificación del sistema eléctrico							
Verificación del sistema electrónico							El equipo queda operativo en el servicio
Verificación del sistema mecánico							
Verificación del sistema neumático							Se realiza reparación de pulsador.
Verificación del sistema óptico							
Verificación del sistema de control							El equipo es funcional
Verificación de conexiones							
Verificación del sistema de alarma y seguridad							
Verificación de sistemas visuales y auditivos							
Verificación del Software							
Limpieza interna y externa							
Lubricación de componentes mecánicos							
Ajuste del sistema							
Remplazo de componentes							
Prueba de funcionamiento Final							

4. VERIFICACIÓN METROLOGICA

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

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	/	/
2	/	/
3	/	/

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente?	SI	X	NO		OBSERVACIONES
¿Equipo funcionando con limitaciones?	SI		NO	/	
¿Equipo puesto fuera de servicio?	SI		NO	/	
¿Se sugiere la baja del equipo?	SI		NO	/	

FIRMA Y/O SELLO DEL RESPONSABLE DE REALIZAR

FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO

Firma:

Firma:

Nombre: Andrés Felipe Becerra

Nombre: Anne Gabriela Corredor

Cargo: Biomedico

Cargo: Jefe de Mantenimiento

C.C.:

105140987+