



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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	ELECTROBISTURI	Activo fijo	
Marca	VALLEYLAB	Ubicación	SALA 4
Modelo	FORCE 2	Servicio	SALAS DE CIRUGIA
Serie	F5L 29081T	Fecha	21 01 2021

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA Equipo presenta daños en pulsadores para control de ajuste de poder de coagulación, también se encuentra con conector para placas dañado.
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 realiza revisión interna del equipo y se encuentra con daños en puentes electrónicos, se realiza repunteo de puntos de contacto para panel de control. Se ajustan conectores y conexiones. Se hace limpieza integral interna y externa. Equipo queda funcionado correctamente.
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				
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				
Limpieza interna y externa	X			X			
Lubricación de componentes mecánicos			X				
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 bajo parámetros del fabricante?	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

Agando
Barrera

141 017816 2021

PATRICIA FERNANDEZ

Nombre:

Nombre: