



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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	Mantur de Signos Vitales	Activo fijo	05895
Marca	Mihon Kaden	Ubicación	Observación Pediatría
Modelo	PIM-2701	Servicio	Urgencias
Serie	03714	Fecha	29 12 2020

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
Mantenimiento correctivo		X		Brazalete no toma tension, con fuga
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 cambio de brazalete ya que se encontraba con fuga
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			N/A				
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			X			
Lubricación de componentes mecánicos			N/A				
Ajuste del sistema	X			X			
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	Brazalete de 1 y 1/2	1

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente bajo parámetros del fabricante?	SI	X	NO		Equipo 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. 25244-370437 CNE  
Licencia RH-201709-514

Daisy Lizeth Corderas. *[Signature]*

Nombre: Ing Edna Brigitte Cuta Moreno

Nombre: