



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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	MONITOR DE SIGNOS VITALES	Activo fijo	
Marca	MINDRAY	Ubicación	A3
Modelo	IMEC8	Servicio	HOSPITALIZACION
Serie	EW9B060656	Fecha	01 03 2021 N° Reporte: HOS-004

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
Mantenimiento correctivo		X		Equipo se encuentra con pinza pulsioxímetro dañado por uso, parámetros y alarmas desconfiguradas.
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 entrega cable sensor SpO2. Se configuran ajustes de parámetros ECG Y SpO2. Se ajusta equipo, se revisan parámetros funcionamiento y alarmas. 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			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			X			
Limpieza interna y externa		X					
Lubricación de componentes mecánicos			X				
Ajuste del sistema	X			X			
Remplazo de componentes	X			X			
Prueba de funcionamiento Final	X			X			

4. VERIFICACIÓN METROLOGICA

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

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Cable pinza SpO2	1

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente?	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

Karin Faisly Junco
INGENIERA BIOMEDICA
REG. INVIMA RH-201406-301

Nombre: Karin Faisly Junco Mendoza ID: 25244190316 CND

Cargo: Ingeniera Biomédica

Registro Sanitario: RH-201406-301

Nombre:

Cargo:

C.C.:

Por Ramiro Perera
73 856 472





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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	BACULA DE PISO	Activo fijo	06711
Marca	SECA	Ubicación	A3
Modelo	750 1019004	Servicio	HOSPITALIZACION
Serie	2750078136985	Fecha	01 03 2021
		N° Reporte:	HOS-004

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA BASCULA DAÑADA , DESCALIBRADA (Reportado en PACH)
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 verificación de funcionamiento de bascula y se puede determinar que equipo funciona correctamente. Se realiza verificación metrológica. Se realiza limpieza y lubricación. Se recibe bascula sin acrílico protector de reloj pero esto no impide el correcto funcionamiento del equipo. Equipo queda funcionado correctamente.
Verificación de accesorios	X			X			
Prueba de funcionamiento inicial	X			X			
Verificación del sistema eléctrico			X				
Verificación del sistema electrónico			X				
Verificación del sistema mecánico	X			X			
Verificación del sistema neumático			X				
Verificación del sistema óptico			X				
Verificación del sistema de control			X				
Verificación de conexiones			X				
Verificación del sistema de alarma y seguridad			X				
Verificación de sistemas visuales y auditivos			X				
Verificación del Software			X				
Limpieza interna y externa	X			X			
Lubricación de componentes mecánicos	X			X			
Ajuste del sistema		X					
Reemplazo de componentes		X					
Prueba de funcionamiento Final	X			X			

4. VERIFICACIÓN METROLOGICA

VALOR DE REFERENCIA	MEDICION			RESULTADO PROMEDIO	ERROR	APRUEBA / NO APRUEBA	OBSERVACIONES
	1	2	3				
20 mmHg	20	20	20	20,0	0,0	APRUEBA	
30 mmHg	30	30	30	30,0	0,0	APRUEBA	
35 mmHg	35	35	35	35,0	0,0	APRUEBA	

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

Karin Faisoly Junco M.
INGENIERA BIOMÉDICA
REG. INVIMA RH/201406-301
N° 2564198316 CND

Nombre: Karin Faisoly Junco Mendoza

Cargo: Ingeniera Biomédica

Registro Sanitario: RH-201406-301

Nombre:

Cargo:

C.C.:

Los Rios Fajardo
Enpresen
23 256422







Se realiza revisión de monitor de signos vitales de carro de paro sala de reanimación - urgencias A3. Se puede determinar qué equipo muestra valores correcto, se compara con otro monitor de signos vitales del mismo servicio y se puede notar que los resultados son muy similares, los cual es normal

