



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

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	Lampara	Activo fijo	
Marca	Cattle lights	Ubicación	Sala 2
Modelo	31	Servicio	Sala de partos
Serie	G3870	Fecha	10 12 2020

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
Mantenimiento correctivo	X			
llamado de emergencia				
Equipo se encuentra sin funcionamiento. luz no enciende				

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 conexión y ajuste de cableado suelto, se cambia bombillo. 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	X			X			
Verificación del sistema neumático			N/A				
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			N/A				
Verificación de sistemas visuales y auditivos			N/A				
Verificación del Software			N/A				
Limpieza interna y externa		X					
Lubricación de componentes mecánicos	X			X			
Ajuste del sistema			N/A				
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

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente bajo parámetros del fabricante?	SI	X	NO		OBSERVACIONES
¿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
Tp. 25244-370437 CND
Ingeniera M. 201709-514

5789799

Nombre: ING EDNA B. CUTA

Nombre: