



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 2
Modelo	FORCE 2	Servicio	SALAS DE CIRUGIA
Serie	F4C 43601T	Fecha	25 11 2020

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
				Equipo presenta daño en conector para placas, no detecta las placas
Mantenimiento correctivo		X		
llamado de emergencia				

3. EVALUACION TECNICA

PUNTO DE INSPECCION	¿SE REALIZO LA ACTIVIDAD?			¿CUAL ES SU ESTADO?			ACTIVIDAD REALIZADA SEGÚN PROTOCOLO DEL EQUIPO
	SI	NO	N/A	B	R	M	
Verificación de estado físico	X			X			1. Verificación de condiciones físicas y ambientales 2. Revisión panel frontal 3. Verificación de conexiones 5. Ajuste en tarjeta principal 6. limpieza general.
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			N/A				
Verificación del sistema óptico			N/A				
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			N/A				
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

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente bajo parámetros del fabricante?	SI	X	NO		OBSERVACIONES Se realiza cambio de conector para placas electro quirúrgicas y ajuste de contactos, cableado, 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

Edna Brigitte Cuta
Ingeniera Biomédica
C.C. 2544470437 C.C. 2544
Inviato RN-201709-514

PAZDA FERNANDEZ

Nombre: ING EDNA B. CUTA

Nombre: