

1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	Manometro Regular de Oxigeno	Activo fijo	No Registrado
Marca	AIR IMETAN	Ubicación	Hospitalización C3
Modelo	R-915, CGA-870	Servicio	Hospitalización C3
Serie	140087	Fecha	220301-01
		N° Reporte	01/03/2022.

2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
Mantenimiento correctivo		X		Manometro se encuentra con reloj fracturado debido a golpe. tambien se encuentra empaque gastado con fugas
llamado de emergencia				

3. EVALUACION TECNICA

PUNTO DE INSPECCION	¿Se realiza actividad?			¿Cuál es su estado?			ACTIVIDAD REALIZADA
	SI	NO	N/A	B	R	M	
Verificación de estado físico	X				X		Se realiza cambio de manometro (reloj) por uno en buen estado ya que con el que contaba el equipo generaba fugas, se realiza cambio de empaque para eliminar presencia de fugas de oxigeno. Equipo queda funcionando 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			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				
Verificación de sistemas visuales y auditivos			X				
Verificación del Software			X				
Limpieza interna y externa		X					
Lubricación de componentes mecánicos			X				
Ajuste del sistema		X					
Remplazo de componentes	X			X			
Prueba de funcionamiento Final	X			X			

4. VERIFICACIÓN METROLOGICA

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

5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Manometro (reloj) indicador de presión	1
2	Empaque sello yugo	1
3		

6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

¿Equipo funcionando correctamente?	SI	X	NO		OBSERVACIONES Equipo queda funcionando correctamente.
¿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

FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO

Firma: Alejandro Barrera

Firma:

Ayde Serrano

Nombre: Alejandro Barrera Meneses.

Nombre:

Cargo: Aux Biomédico

Cargo:

C.C.: 1058038884

C.C.:



