



Código: 362-1-P1-F2  
Página 1 de 1  
Versión: 0  
Vigente a partir de : 28 de Mayo de 2021

#### 1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	MONITOR DE SIGNOS VITALES	Activo fijo	05900		
Marca	NIHON KOHDEN	Ubicación	URGENCIAS-REANIMACIÓN PEDIATRIA		
Modelo	PVM-2701	Servicio	URGENCIAS		
Serie	03708	Fecha	10/11/2021	N° Reporte	101121-01

#### 2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento programado	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
Mantenimiento correctivo		x		Equipo se encuentra con batería dañada no enciende a pesar de mostrar que batería esta cargada totalmente
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 reemplazo de batería por una nueva de la misma referencia, se realiza reset y test de carga de batería nueva por instalación de pack de batería nuevo, Se deja realizar primera carga de batería por 4 horas para garantizar el correcto funcionamiento. Equipo queda funcionando en correctas condiciones.
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			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			
						No se realiza

#### 5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Batería 9,6 V 3700 mAh NI-MH REF BM-50011	1
2		
3		

#### 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

FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO

Firma:

Firma:

Nombre: Karin Faisoly Junco Mendoza

Nombre:

Cargo: Ingeniera Biomédica

Cargo:

Registro Sanitario: RH-201406-301

C.C.:



### 1. IDENTIFICACION DEL EQUIPO

Nombre	MONITOR DE SIGNOS VITALES	Activo fijo	05895
Marca	NIHON KOHDEN	Ubicación	URGENCIAS-OBSERVACION PEDIATRIA
Modelo	PVM-2701	Servicio	URGENCIAS
Serie	03714	Fecha	9/11/2021
		N° Reporte	091121-01

### 2. CLASE DE REPORTE

Mantenimiento	1	2	3	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA
programado				Equipo se encuentra con batería dañada no enciende a pesar de mostrar que batería esta cargada totalmente
Mantenimiento correctivo		x		
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 reemplazo de batería por una nueva de la misma referencia, se realiza reset y test de carga de batería nueva por instalación de pack de batería nuevo, Se deja realizar primera carga de batería por 4 horas para garantizar el correcto funcionamiento. Equipo queda funcionando en correctas condiciones.
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			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			
						No se realiza

### 5. REPUESTOS Y ACCESORIOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD
1	Batería 9,6 V 3700 mAh NI-MH REF BM-50011	1
2		
3		

### 6. ESTADO FINAL DEL EQUIPO

	SI	x	NO	OBSERVACIONES
¿Equipo funcionando correctamente?	SI	x	NO	Equipo queda en correcto funcionamiento.
¿Equipo funcionando con limitaciones?	SI		NO	
¿Equipo puesto fuera de servicio?	SI		NO	
¿Se sugiere la baja del equipo?	SI		NO	

FIRMA Y/O SELLO DEL RESPONSABLE DE REALIZAR

FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO

Firma:

Firma:

Nombre: Karin Faisoly Junco Mendoza

Nombre:

Cargo: Ingeniera Biomédica

Cargo:

Registro Sanitario: RH-201406-301

C.C.:

74377845