

## SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD

Código:	
Página 1 de 1	

FORMATO REGISTRO PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS E INDUSTRALES DE USO HOSPITALARIO

Versión: Vigente a partir de:

						4 15		011 55: -	011122					
Nombre	BASCULA PE	1. IDENT					Activo f							
Marca	SECA	FDA REBE						_	06703					
Modelo	354							Ubicación SALA DE PARTOS Servicio SALA 2						
Serie	83540181302								SALA 2	24		N° Reporte 070921-04		
-5116	03340181302								7/09/20	<b>Z1</b>		N Reportejo/0921-0-4		
Mantenimie	ento	2	3		2. (	CLASE DE REPORTE								
programade	0	DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA Reportan del servicio que equipo se encuentra descalibrado												
	ento correcti	VO			Keportar	i del ser	ricio que	equipo s	e encuer	itra desc	audrado			
	emergencia		· '	(										
	emer genera					3 F\	/ALIIACI	ON TECN	ICA					
					JSe rea	liza acti			es su es					
	PUNTO DE	INSPECC	ION		SI NO		N/A	В	R M		1	ACTIVIDAD REALIZADA		
	de estado fí				×			×			Se realiza inspección general de equipo, equi se encuentra en correctas condiciones físicas de funcionamiento. Se realiza verificación			
	de accesorio				×			х						
	uncionamien				×			×						
	n del sistema						Х					ara determinar el correcto		
Verificación	n del sistema	electrón	ico		×			×			funcionamie	nto de equipo. Equipo funciona Ok		
	n del sistema				х			х			1	l		
	n del sistema		со				х				1	I		
	n del sistema						x				1	l		
	n del sistema		ol		×			x			1	l		
	n de conexion						X				1	l		
	n del sistema						х				-	ı		
	n de sistemas		y auditiv	os	X			X			4			
	del Software						X			-	4			
	terna y exter					Х					-			
	de compone	ntes med	canicos				X				-			
Ajuste del sistema						X					-			
Remplazo de componentes Prueba de funcionamiento Final						X					-			
Prueba de f	uncionamien	to rinal			Х	4 VEDI	ICACIÓ	X N METROI	LOGICA					
				MEDICION	J		TADO	TMETRO	I			OBSERVACIONES		
VALOR	DE REFEREN	CIA					MEDIO ERROF		APRU	EBA / NO	APRUEBA	Se verifica con masa patrón. Equipo		
	Va		1 000	1,000			00,000		APRUEBA		BA	funciona correctamente		
	Kg Kg		1,000 5,010	5,010			010			APRUEBA				
			_					-0,010	APRUE					
20 Kg 20,020 20,020				20,020	20,020 20,0			0,020	7,100					
								1						
						5. REP	UESTOS	IESTOS Y ACCESORIOS						
IT	EM						CRIPCION					CANTIDAD		
- "														
						6, EST	ADO FIN	AL DEL E	QUIPO					
¿Equipo funcionando correctamente? SI x										OBSERVACIONES				
¿Equipo funcionando con limitaciones?							NO	x	Equipo	queda e	n correcto fu	ncionamiento.		
¿Equipo puesto fuera de servicio?							NO	x	1					
¿Se sugiere la baja del equipo?							ИО	х	7					
FIRMA Y/O SELLO DEL RESPONSABLE DE REALIZAR								FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO						
Firma: Legise Fir							Firma:	Firma: Nanof ylesa OH.						
<b>M</b>														
Nombre: Karin Faisoly Junco Mendoza							Nombre:							
Cargo: Ingeniera Biomédica								Cargo:						
Registro Sanitario: RH-201406-301														



## SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD

Código:	
Página 1 de 1	
Versión:	

## FORMATO REGISTRO PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS E INDUSTRALES DE USO HOSPITALARIO

Versión: Vigente a partir de:

						1. IDENT	<b>TIFICACI</b>	ON DEL E	QUIPO					
Nombre							Activo f		07483					
Marca	SECA						Ubicació		SALA DE	PARTOS				
Modelo	334 1321008							Servicio SALA 1						
Serie	5334004186620								7/09/20	21		N° Reporte 070921-03		
	1					2. (	echa   7/09/2021   N* Reporte  0/0921-03 ASE DE REPORTE							
Mantenimiento 1 2 3							DESCRIPCION DE LA FALLA REPORTADA							
programad		·			Reportan	del sen	ricio que							
Mantenimi	ento correct	ivo	>		ricportur		ricio que	equipo s						
	emergencia		·	`	1							4		
	3					3, E\	/ALUACI	ON TECN	ICA					
					¿Se rea	liza acti			es su es	tado?	ACTIVIDAD DEALIZADA			
	PUNTO DE	INSPECC	ION		SI	МО	N/A	В	R M		- ACTIVIDAD REALIZADA			
Verificació	n de estado f	ísico			×			×			Se realiza inspección general de equipo, e se encuentra en correctas condiciones físio			
Verificació	n de accesori	os			×			×						
Prueba de	funcionamien	to inicial			×			х			de funciona	miento. Se realiza verificación		
Verificació	n del sistema	eléctrico	)				×					para determinar el correcto		
Verificació	n del sistema	electrón	ico		х			х			funcionamie	nto de equipo. Equipo funciona Ok		
Verificació	n del sistema	mecánic	0		×			×			1			
Verificació	n del sistema	neumáti	со				×				1			
Verificació	n del sistema	óptico					×							
Verificació	n del sistema	de contr	ol		×			х			]			
Verificació	n de conexior	nes					×							
Verificació	n del sistema	de alarm	na y segu	ridad			×							
	n de sistemas				×			х				•		
Verificació	n del Softwar	е					х							
Limpieza ir	nterna y exte	rna				х								
Lubricaciór	n de compone	ntes med	cánicos				х							
Ajuste del	sistema					×								
	de component	es				×								
Prueba de	funcionamien	to Final			х			х						
						4. VERI	FICACIÓN	METRO	LOGICA					
VALOR	R DE REFEREN	ICIA		MEDICION	N RESUL		LTADO ERROR		APDII	FRA / NC	APRUEBA	OBSERVACIONES		
VALUE	ע שב אברבאבר	TCIA	1	2	3	3 PROMEDIO			AFIXO			Se verifica con masa patrón. Equipo		
1	1 Kg		1,000	1,000	1,000 1,0			0,0	APRUI		BA	funciona correctamente		
	5 Kg		5,000	5,000	5,000 5,0			0,0	APRUEBA					
20 Kg 20,000 20,000			20,000	20,000 20,0			0,0	APRUEBA			]			
								Y ACCES	ORIOS					
IT	ГЕМ					DESC	CRIPCION	1				CANTIDAD		
						6. EST.	ADO FIN	AL DEL E						
¿Equipo funcionando correctamente?										<b>VACIONE</b>				
¿Equipo funcionando con limitaciones?							ИО	х	Equipo	queda e	n correcto fu	ncionamiento.		
¿Equipo puesto fuera de servicio?							ИО	х						
¿Se sugiere la baja del equipo?								х						
FIRMA Y/O SELLO DEL RESPONSABLE DE REALIZAR								FIRMA Y/O SELLO DE RESPONSABLE DEL EQUIPO						
1.1						Firma: Nanay Lesa CH.								
Nombre: Karin Faisoly Junco Mendoza							Nombre:							
Cargo: Ingeniera Biomédica							Cargo:							
Registro Sanitario; RH-201406-301								C.C.:						