

 Ministerio de Salud Pública	HOJA DE PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO <i>Dirección Nacional de Equipamiento Sanitario</i>	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS	CÓDIGO: 002												
DATOS DE UBICACIÓN DEL BIEN		DESCRIPCIÓN DEL BIEN													
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____		TIPO DE BIEN: Equipo Biomédico <input type="checkbox"/>													
ZONA / DISTRITO: _____		NOMBRE DEL EQUIPO: _____													
PROVINCIA / CIUDAD: _____		# INVENTARIO: _____													
UNICÓDIGO: _____		OTRA REFERENCIA: _____													
SERVICIO: _____		MARCA: _____													
SUB SERVICIO/AMBIENTE: _____		MODELO: _____													
NOMBRE DE CUSTODIO: _____		SERIE: _____													
		AÑO DE FABRICACIÓN: _____													
PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO															
PERIODICIDAD: BIMENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>															
ITEM	PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES										
1	Verificar las condiciones ambientales del equipo														
2	Revisar el estado externo del equipo (carcasa)														
3	Comprobar el estado de conectores, cables, accesorios, etc														
4	Realizar limpieza integral interna del equipo														
5	Examinar los componentes internos y verificar que no se encuentren sulfatados ni presenten deterioro														
6	Realizar la limpieza integral externa del equipo														
7	Comprobar el funcionamiento del botón encendido y apagado del equipo														
8	Comprobar el funcionamiento de los botones externos del equipo (En el caso que aplique)														
9	Comprobar el funcionamiento del sistema de alarmas audibles y visuales														
10	Comprobar el estado de la impresora (En el caso que aplique)														
11	Comprobar el funcionamiento con la central de monitoreo (en el caso que aplique)														
12	Comprobar el estado y funcionamiento de baterías (en el caso que aplique)														
13	Comprobar el funcionamiento de todos los modos de operación del equipo.														
14	Comprobar el anclaje del equipo a la base de pared o a la base en la cual se encuentre ubicado (en el caso que aplique)														
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
<i>NOTA: Complementar la ejecución de la rutina dependiendo del equipo biomédico con el manual del fabricante o recomendación del prestador externo de servicio.</i>															
REPUESTOS EMPLEADOS:															
<table><tr><td>CANTIDAD</td><td>DESCRIPCIÓN</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						CANTIDAD	DESCRIPCIÓN								
CANTIDAD	DESCRIPCIÓN														
EL EQUIPO REQUIERE:															
1. MANTENIMIENTO CORRECTIVO <input type="checkbox"/> 2. CALIBRACIÓN <input type="checkbox"/> 3. BAJA <input type="checkbox"/> 4. OTRO <input type="text"/>															
ESTADO DEL EQUIPO:															
1. OPERATIVO <input type="checkbox"/> 2. NO OPERATIVO <input type="checkbox"/>															
TIPO DE MANTENIMIENTO															
1. INTERNO <input type="checkbox"/> 2. EXTERNO <input type="checkbox"/> 2. OTRO <input type="checkbox"/>															
OTROS DATOS:															
<table><tr><td>FECHA DE REALIZACIÓN: (INICIO / FINALIZACIÓN)</td><td> </td></tr><tr><td>NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO RESPONSABLE:</td><td> </td></tr><tr><td>TIEMPO DE EJECUCIÓN:</td><td> </td></tr></table>						FECHA DE REALIZACIÓN: (INICIO / FINALIZACIÓN)		NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO RESPONSABLE:		TIEMPO DE EJECUCIÓN:					
FECHA DE REALIZACIÓN: (INICIO / FINALIZACIÓN)															
NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO RESPONSABLE:															
TIEMPO DE EJECUCIÓN:															
OBSERVACIONES:															
1 															
2 															
3 															
4 															