

## FORMULARIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

**Para su seguridad y cumplimiento de normas internacionales siempre que manipule dispositivos medicos es OBLIGATORIO utilizar equipos y medidas de proteccion.**

Cliente	NEFROMEDIC		
Responsable	Monica Chaluisa	Cargo	Gerente
Nombre de hospital	NEFROMEDIC	Telefono	3021575
Direccion fisica de instalacion	Quito sur		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	Gerardo cordova

### Identificacion del Equipo

Modelo	TIPO II	Nro. Serie	13W3627
Breve descripcion del incidente o reporte			
Mantenimiento preventivo			
Fecha de instalacion	2014-07-31	Fecha del problema	2017-08-31
Horas de uso	11794	Version SW	441S/07
		Codigo/error	00000
Turnos Por Dia	3-4	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	SI	Reportado Por	JUAN GUACOLLANTES AGUILAR
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-05-16	Reporte Tecnico No.	20170831120144_802118698
Frecuencia de la desinfeccion	INTERDIALISIS		
Frecuencia de la desincrustacion.	DIARIA		
Operatividad General del equipo.	FUNCIONANDO		

### INSPECCIONES

<b>CONDICION EXTERNA</b>
Conexion de tuberias,Fugas y Goteos,Danos estructurales,Deteccion de Oxido y corrosion,Ruedas de transporte
<b>SISTEMAS ELECTRONICOS</b>
Cable de alimentacion electrica,Toma corriente y bateria de respaldo,Tarjetas de control,Sensores y sistemas,Corriente de fuga,
<b>VERIFICACION DE PARAMETROS</b>
Ajustes y activacion de alarmas,Verificacion de lavados/desinfeccion,Calibracion de conductividad,Calibracion de temperatura,Exactitud de UF/Pres. Ven/Pres. Art.,

<b>SISTEMA HIDRAULICO</b>
Limpieza e integridad,PR1,BLD,PG,Valvulas de control,
<b>VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO</b>
Bomba de sangre,Bomba de heparina,Touch screen/teclado de pantalla,Lampara indicadora de estado,Simulacion de tratamiento,
<b>SISTEMA DE APOYO / OPCIONES</b>
BPM,Filtro de endotoxinas,Red de computo/LAN,Documentacion de soporte,Verificacion de uso/operador,

#### INFORMACION ADICIONAL

<b>Observaciones</b>					
Se realiza calibracion y se hace pruebas de funcionamiento					
<b>Nombre de tecnico.</b>		JUAN GUACOLLANTES AGUILAR		<b>Firma / Sello</b>	
<b>Nombre Recibe</b>		Luis Arrellano		<b>Firma / Sello.</b>	
<b>Hora de Inicio</b>	15:30	<b>Hora de finalizacion</b>	18:00	<b>Fecha(AAAA/MM/DD)</b>	2017-08-31
<b>Equipo apto para uso con paciente?</b>				SI	