

## 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                         | HOSPITAL ISIDRO AYORA         |                    |                    |
| Responsable                     | LCDA JANINA ABAD              | Cargo              | JEFA DE ENFERMERAS |
| Nombre de hospital              | HOSPITAL ISIDRO AYORA         | Telefono           | 0994930653         |
| Direccion fisica de instalacion | LAURO GUERRERO Y JJ SAMANIEGO |                    |                    |
| Pais                            | ECUADOR                       | Rep.Ventas/Distri. | LUPITA PASTOR      |

### Identificacion del Equipo

|   |             |                     |                           |
|---|-------------|---------------------|---------------------------|
| Modelo                                    | S 55 PLUS   | Nro. Serie          | 15CX2826                  |
| Breve descripcion del incidente o reporte |             |                     |                           |
| Realizar Mantenimiento preventivo         |             |                     |                           |
| Fecha de instalacion                      | 2016-03-29  | Fecha del problema  | 2017-08-30                |
| Horas de uso                              | 5203        | Version SW          | 4.43                      |
|   |             | Codigo/error        | N/A                       |
| Turnos Por Dia                            | 3-4         | Numero/Sala         | SALA 1                    |
| Garantia                                  | SI          | Reportado Por       | LCDA. JANINA ABAD         |
| Maquina Tipo                              | NEGATIVA    | Detalle             | SALA                      |
| Fecha de ultimo mantenimiento             | 2017-03-10  | Reporte Tecnico No. | 20170830111227_1178217544 |
| Frecuencia de la desinfeccion             | DIARIA      |                     |                           |
| Frecuencia de la desincrustacion.         | DIARIA      |                     |                           |
| Operatividad General del equipo.          | FUNCIONANDO |                     |                           |

### INSPECCIONES

|  |
|--|
| CONDICION EXTERNA  |
| Conexion de tuberias,Fugas y Goteos,Danos estructurales,Deteccion de Oxido y corrosion,Ruedas de transporte  |
| SISTEMAS ELECTRONICOS  |
| Cable de alimentacion electrica,Toma corriente y bateria de respaldo,Tarjetas de control,Sensores y sistemas,Corriente de fuga,                                    |
| VERIFICACION DE PARAMETROS   |
| 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,   |

#### INFORMACION ADICIONAL

|   |       |                             |       |                          |            |
|---|-------|-----------------------------|-------|--------------------------|------------|
| <b>Observaciones</b>                                      |       |                             |       |                          |            |
| MAQUINA QUEDA OPERATIVA Y FUNCIONANDO SIN NINGUNA NOVEDAD |       |                             |       |                          |            |
| <b>Nombre de tecnico.</b>                                 |       | JUAN CARLOS CALVA           |       | <b>Firma / Sello</b>     |            |
| <b>Nombre Recibe</b>                                      |       | LCDA. JANINA ABAD           |       | <b>Firma / Sello.</b>    |            |
| <b>Hora de Inicio</b>                                     | 10:00 | <b>Hora de finalizacion</b> | 11:20 | <b>Fecha(AAAA/MM/DD)</b> | 2017-08-30 |
| <b>Equipo apto para uso con paciente?</b>                 |       |                             |       | SI                       |            |