

## 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	15CX2870
Breve descripcion del incidente o reporte			
realizar mantenimiento preventivo			
Fecha de instalacion	2016-03-29	Fecha del problema	2017-09-12
Horas de uso	5688	Version SW	4.16
		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	2017-10-03	Reporte Tecnico No.	20170912082158_244906023
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>

**INFORMACION ADICIONAL**

<b>Observaciones</b>					
Maquina queda funcionando correctamente					
<b>Nombre de tecnico.</b>		JUAN CARLOS CALVA		<b>Firma / Sello</b>	
<b>Nombre Recibe</b>		LCDA. MARLENE GONZALEZ		<b>Firma / Sello.</b>	
<b>Hora de Inicio</b>	8:30	<b>Hora de finalizacion</b>	11:30	<b>Fecha(AAAA/MM/DD)</b>	2017-09-12
<b>Equipo apto para uso con paciente?</b>				SI	