

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: Hospital Nuestra Señora del Tránsito	Equipo: Ventilador mecánico
Contacto: _____	Marca: Core fusion
Teléfono: _____	Modelo: Vela Comprehensive
Ciudad: Tocancipa	S/N: CA105008
Contrato: _____	Ubicación: UCI
Daño fuera de Garantía: _____	Placa: _____

TIPO DE SERVICIO					
☐ Alistamiento	☐ Calibración	☐ Capacitación	☐ Correctivo	☐ Cortesía	
☐ Demostración	☐ Diagnóstico	☐ Instalación	☐ Otro	☒ Preventivo	

TIPO DE PROBLEMA					
☐ Electrónico	☐ Neumático	☐ Producto	☐ Software	☐ Otro	Cual: _____

TIPO DE ELEMENTO					
LÍNEA COMUNICACIONES	LÍNEA ANALÍTICA	LÍNEA MÉDICA			
☐ Periférico	☐ Filtro Emisor/Exhalación	☐ Amplificador	☐ Electrodo	☐ Manguera	☐ Reactivo
☐ Reinstalaciones de Firmware	☐ Filtro de Solución Refrigerante	☐ Batería	☐ Filtro	☐ Manómetro	☐ Sensor
☐ Reinstalaciones de Software	☐ Fuente	☐ Cable	☐ Flujómetro	☐ Mezclador	☐ Software
☐ Reparación Completa	☐ Relevo	☐ Celda O2	☐ Fuente	☐ Módulo	☐ Tarjeta
☐ Reparación Componentes	☐ Sonda de Bloqueo	☐ Compresor	☐ Impresora	☐ Motor	☐ Touchscreen
☐ Reparación Estándar	☐ Sonda de Muestra	☐ Consola	☐ Indicador	☐ Operativo	☐ Transductor
☐ Tarjeta Principal	☐ Teclado	☐ CPU	☐ Instrumental	☐ Pantalla	☐ Turbina
☐ Otro: _____	☐ Válvula de Una Vía	☐ Cto. Paciente	☐ Interfase	☐ Pistón	☐ Válvula
	☐ Otro: _____	☐ Cubierta	☐ Lámpara	☐ Potenciómetro	☐ Otro

PROBLEMA:
Visita programada de mantenimiento preventivo

TRABAJOS REALIZADOS
Se realiza mantenimiento preventivo según protocolo, se verifica funcionamiento general se realiza test cut, calibración de celda de O2 y limpieza general
Se realiza ajuste de transductores por lecturas bajas

OBSERVACIONES:
Equipo en correcto funcionamiento

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: Salca Ramirez C	H. Llegada: 9 am	Nombre: Karen Patricia Urrutia
Cargo: Coordinación Biomedica	H. Salida: 10:31 am	Cargo: Ing. Servicio Técnico
Firma: Salca Ramirez C		Firma: Karen Urrutia

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA		Serie: CAT 05068	
Institución/Ubicación: Hospital Universitario de la Cruz Roja		Activo:	
Fecha: 10 / 02 / 2021		Servicio: UCI	
HTV: 1749		HTT: 1749	

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

No.	ACTIVIDAD	CUMPLE			No.	ACTIVIDAD	CUMPLE		
		SI	NO	N/A			SI	NO	N/A
1.	Verificación de estado general	✓			11.	Alarma Frecuencia Alta	✓		
2.	Prueba de fugas 58.9	✓			12.	Alarma Vm Bajo	✓		
3.	Prueba de luces	✓			13.	Alarma Pmax Baja	✓		
4.	Prueba de membranas	✓			14.	Alarma Pmax Alta	✓		
5.	Prueba de alarmas	✓			15.	Alarma Apnea	✓		
6.	Calibración celda de O ₂ (21%-100%)	✓			16.	Cambio Kit Mantenimiento Anual			✓
7.	Funcionamiento de Nebulizador	✓			17.	Cambio de Batería			✓
8.	Funcionamiento de pantalla táctil	✓			18.	Cambio de filtro de refrigeración			✓
9.	Prueba de batería	✓			19.	Cambio de Celda de O ₂			✓
10.	Limpieza filtro de refrigeración	✓			20.	Otros			✓

VERIFICACION DE PARAMETROS

No.	PARAMETRO	VALOR DE REFERENCIA	RANGO DE TOLERANCIA	VALOR		CUMPLE	
				INICIAL	FINAL	SI	NO
1.	Vm	6 L	± 1.2L	5.1	5.74	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	43.1	48.7	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.1	4.79	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	27 ± 2 cmH ₂ O	26	26.85	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1.6.1	1.6.22	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69	0.69	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20.9	20.9	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30.1	30.1	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61.2	61.2	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90.7	90.7	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99.7	99.7	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	

OBSERVACIONES

Se realizó ajuste de transductores por volúmenes bajos.

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma: Karen		Firma: Catalina Ramirez		Aprobado	✓
Nombre: Karen		Nombre: Catalina Ramirez Codena		Correctivo	
Cargo: Ing. Servicio Técnico		Cargo: Coord. Gestión Biomedica		Fuera de Servicio	
Fecha: 10/02/21		Fecha: 12 febrero 2021			