

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: Hospital departamental San Antonio de Pitalito	Equipo: Ventilador
Contacto: _____	Marca: Paratunon
Teléfono: _____	Modelo: Vela Comprensivo
Ciudad: Pitalito	S/N: CA705050
Contrato: _____	Ubicación: _____
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	☐ Flujometro	☐ Mezclador	☐ Software
☐ Reparación Completa	☐ Relevé	☐ 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	☐ Potenciometro	☐ Otro

PROBLEMA:
Visita programada de mantenimiento preventivo.

TRABAJOS REALIZADOS
Se realizó mantenimiento preventivo según protocolo, se realizaron pruebas de desempeño y limpieza general.

OBSERVACIONES:
Equipo en correcto funcionamiento.

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: Fabian Rojas	H. Llegada: 6:30pm	Nombre: Jairo Calderon
Cargo: (med. Biomedica)	H. Salida: 7:30pm	Cargo: Ing. Soporte Técnico
Firma: _____		Firma: _____

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CA105080

Activo:

Institución/Ubicación: Hospital departamental san Antonio de Pitalito

Servicio:

Fecha: 13/01/2021

HTV: 15

HTT: 15

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	✓			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	5.7	5.7	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	480	480	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.7	4.7	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	27	27.4	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.24	1:6.24	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69	0.69	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21.8	21.8	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	31.7	31.7	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	60.3	60.3	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	89.6	89.6	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	98.9	98.9	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030010

OBSERVACIONES
ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado	
Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: <i>[Firma]</i>	Aprobado	✓
Nombre: <i>Willy Calderon</i>	Nombre: <i>Tobias P.</i>	Correctivo	
Cargo: Ing. Soporte técnico	Cargo: <i>Coord. Biomédico</i>	Fuera de Servicio	
Fecha: 13/01/2021	Fecha: 14/01/2021		