

DATOS DEL CLIENTE

Cliente: Clínica San Rafael
Contacto: Ing. Angelo Loayza
Teléfono:
Ciudad: Pereira
Contrato: Garantía
Daño fuera de Garantía:

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

Equipo: Ventilador
Marca: Girefun
Modelo: Vela Comprehensive
S/N: CAT0951
Ubicación: 04
Placa: 02-16980

TIPO DE SERVICIO

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

TIPO DE PROBLEMA

☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Producto ☐ Software ☒ Otro Cual: Preventivo

PROBLEMA:

2do Visto de mantenimiento preventivo

TRABAJOS REALIZADOS

Revisión general por estado y funcionamiento, limpieza general, pipetas de desempeño y verificación según protocolo de mantenimiento preventivo adjunto, los cuales están exitosamente.

NOTA: Equipo tiene golpe en la parte trasera, esto no afecta el funcionamiento del ventilador.

OBSERVACIONES:

Equipo funciona correctamente

CLIENTE

Nombre: Angelo Loayza
Cargo: Biotecnología
Firma: Angelo Loayza

DURACIÓN DEL TRABAJO

H. Llegada: 10:00
H. Salida: 11:30

INSTRUMENTACIÓN S.A.

Nombre: Dely Katherine Calderon
Cargo: Ing. ST
Firma: Dely Katherine Calderon

IDENTIFICACIÓN

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA COMPREHENSIVE

Serie: CAT01951

Activo: QR=16980

Institución/Ubicación: Clínica San Rafael / Sociomedicos Megacentro

Servicio: Uci

Fecha: 02 / Agosto / 2021

HTV: 3384

HTT: 3384

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	✓			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			X
7.	Funcionamiento de Nebulizador	✓			17.	Cambio de Batería			X
8.	Funcionamiento de pantalla táctil	✓			18.	Cambio de filtro de refrigeración			X
9.	Prueba de batería	✓			19.	Cambio de Celda de O ₂			X
10.	Limpieza filtro de refrigeración	✓			20.	Otros			X

VERIFICACION DE PARAMETROS

No.	PARAMETRO	VALOR DE REFERENCIA	RANGO DE TOLERANCIA	VALOR		CUMPLE	
				INICIAL	FINAL	SI	NO
1.	Vm	6 L	± 1.2L	6,3	6,3	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	525	525	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,6	4,6	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	24	24	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,20	1:6,20	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,69	0,69	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21	21	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30,5	30,5	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	60,8	60,8	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	92,4	92,4	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99,3	99,3	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

Equipo con golpe en la parte trasera izquierda, no afecta al funcionamiento.

ENTREGA

Instrumentación SA		Institución		Estado	
Firma:		Firma:	CLINICA San Rafael	Aprobado	✓
Nombre: Derly Catherine Calderon Villarreal		Nombre:		Correctivo	
Cargo: Ing. Soporte Tecnico		Cargo:		Fuera de Servicio	
Fecha: 02/ Agosto / 2021		Fecha:	03 AGO 2021		

ÁREA BIOTECNOLOGÍA

Firma: Angela L