

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: Hospital departamental San Antonio de Pácoro	Equipo: Ventilador
Contacto: _____	Marca: Conetusion
Teléfono: _____	Modelo: Ventilador compresión 00
Ciudad: Pácoro	S/N: CAT 09900
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
☐ Reinstalaciones de Firmware	☐ Filtro de Solución Refrigerante	☐ Batería
☐ Reinstalaciones de Software	☐ Fuente	☐ Cable
☐ Reparación Completa	☐ Relevé	☐ Celda O2
☐ Reparación Componentes	☐ Sonda de Bloqueo	☐ Compresor
☐ Reparación Estándar	☐ Sonda de Muestra	☐ Consola
☐ Tarjeta Principal	☐ Teclado	☐ CPU
☐ Otro:	☐ Válvula de Una Vía	☐ Cto. Paciente
	☐ Otro:	☐ Cubierta
		☐ Electrodo
		☐ Filtro
		☐ Flujómetro
		☐ Fuente
		☐ Impresora
		☐ Indicador
		☐ Instrumental
		☐ Interfase
		☐ Lámpara
		☐ Manguera
		☐ Manómetro
		☐ Mezclador
		☐ Módulo
		☐ Motor
		☐ Operativo
		☐ Pantalla
		☐ Pistón
		☐ Potenciómetro
		☐ Reactivo
		☐ Sensor
		☐ Software
		☐ Tarjeta
		☐ Touchscreen
		☐ Transductor
		☐ Turbina
		☐ Válvula
		☐ Otro

PROBLEMA:
Defecto programado de mantenimiento preventivo

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

OBSERVACIONES:
Se agotó el tiempo de funcionamiento

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: Fabian R.		Nombre: Day Colson
Cargo: Coord. Biomédico	H. Llegada: 4:10 pm	Cargo: Asistente técnico
Firma: _____	H. Salida: 5:10 pm	Firma: _____

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CATO4900

Activo: 78

Institución/Ubicación: Hospital departamental san Antonio de Pitalito

Servicio:

Fecha: 13/01/2021

HTV: 33

HTT: 33

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 57.9	✓			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	6.02	6.02	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	501	501	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.9	4.9	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	20	20.6	✓	
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%	21.1	21.1	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30	30	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	60.1	60.1	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	89.9	89.9	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	100	100	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030026

OBSERVACIONES
ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado	
Firma: [Firma]	Firma: [Firma]	Aprobado	✓
Nombre: [Nombre]	Nombre: [Nombre]	Correctivo	
Cargo: Ing. Soporte técnico	Cargo: [Cargo]	Fuera de Servicio	
Fecha: 13/01/2021	Fecha: 14/01/2021		