

DATOS DEL CLIENTE

Cliente: Clínica San Rafael
Contacto: Ing. Angela Lozano
Teléfono: 2
Ciudad: Pereira
Contrato: Garantía
Daño fuera de Garantía: _____

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

Equipo: Ventilador
Marca: Arrefusion
Modelo: Veto Comprehensive
S/N: CAT07866
Ubicación: U4
Placa: 02-16967

TIPO DE SERVICIO

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

TIPO DE PROBLEMA

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

PROBLEMA:

2da Visto de mantenimiento preventivo

TRABAJOS REALIZADOS

Revisión general por estado y funcionamiento, limpieza general,
prueba de desempeño y verificación según protocolo de mantenimiento preventivo
dejando los cables para el ensamble.

OBSERVACIONES:

Equipo funciona correctamente.

CLIENTE

Nombre: Angela Lozano
Cargo: L. Biotecnología
Firma: Angela Lozano

DURACIÓN DEL TRABAJO

H. Llegada: 14:00
H. Salida: 15:30

INSTRUMENTACIÓN S.A.

Nombre: Dora Catherine Calderin
Cargo: Ing. ST
Firma: Dora Calderin

IDENTIFICACIÓN

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA COMPREHENSIVE

Serie: CAT04866

Activo: QR=16967

Institución/Ubicación: Clínica San Rafael / Socimedicos Megacentro

Servicio: Ua.

Fecha: 02 / Agosto / 2021

HTV: 2106

HTT: 2106

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 58.6	✓			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	5.9	5.9	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	495	495	✓	
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	21	21.3	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.21	1:6.21	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69	0.69	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21	21	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30.4	30.4	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	59.7	59.7	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	91.3	91.3	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99.7	99.7	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES
ENTREGA

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

AREA BIOTECNOLOGIA

Firma: Angela L.