

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clínica San Rafael</u>	Equipo: <u>Ventilador</u>
Contacto: <u>Ing Angela Lozano</u>	Marca: <u>Corefixion</u>
Teléfono: <u>57119</u>	Modelo: <u>Velo Comprehensive</u>
Ciudad: <u>Pereira</u>	S/N: <u>CAT04784</u>
Contrato: <u>Garantía</u>	Ubicación: <u>Uc</u>
Daño fuera de Garantía:	Placa: <u>OR=16983</u>

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

TIPO DE PROBLEMA					
☐ Electrónico	☐ Neumático	☐ Producto	☐ Software	☒ Otro	Cual: <u>Preventiva</u>

PROBLEMA:
<u>2da Visita de mantenimiento preventivo</u>

TRABAJOS REALIZADOS
<u>Revisión general por estado y funcionamiento, limpieza general, pruebas de desempeño y verificación según protocolo de mantenimiento preventivo adjunto, los cuales fueron exitosamente</u>

OBSERVACIONES:
<u>Equipo funciona correctamente</u>

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: <u>Angela Lozano</u>	H. Llegada: <u>9:30</u>	Nombre: <u>Dely Katherine Calderon</u>
Cargo: <u>L. Biotecnología</u>	H. Salida: <u>11:30</u>	Cargo: <u>INST</u>
Firma: <u>Angela Lozano</u>		Firma: <u>[Firma]</u>

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION
Modelo: VELA COMPREHENSIVE	Serie: CATO4784	Activo: 02 = 16983
Institución/Ubicación: Clínica San Rafael / Socimedicos Megacentro		Servicio: ()
Fecha: 03 / Agosto / 2021	HTV: 2686	HTT: 2686

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			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	5.8	5.8	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	490	490	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.2	4.2	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	19	18.9	✓	
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%	21.2	21.2	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30.5	30.5	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61.7	61.7	✓	
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	40812030025

OBSERVACIONES

Calibración de Tx de Flgo.

ENTREGA

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

03 AGO 2021

AREA BIOTECNOLOGIA

Firma: Angela C