

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: Hospital de Perinatología San Antonio de Pitalito	Equipo: Ventilador
Contacto: _____	Marca: CNEHUION
Teléfono: _____	Modelo: Ventilador Compresor
Ciudad: Pitalito	S/N: 14104910
Contrato: _____	Ubicación: _____
Daño fuera de Garantía: _____	Placa: _____

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

TIPO DE PROBLEMA	
☐ Electrónico	☐ Neumático
☐ Producto	☐ Software
☐ Otro	Cual: _____

TIPO DE ELEMENTO			
LÍNEA COMUNICACIONES	LÍNEA ANALÍTICA	LÍNEA MÉDICA	
☐ Periférico ☐ Reinstalaciones de Firmware ☐ Reinstalaciones de Software ☐ Reparación Completa ☐ Reparación Componentes ☐ Reparación Estándar ☐ Tarjeta Principal ☐ Otro: _____	☐ Filtro Emisor/Exhalación ☐ Filtro de Solución Refrigerante ☐ Fuente ☐ Relvo ☐ Sonda de Bloque ☐ Sonda de Muestra ☐ Teclado ☐ Válvula de Una Vía ☐ Otro: _____	☐ Amplificador ☐ Batería ☐ Cable ☐ Celda O2 ☐ Compresor ☐ Consola ☐ CPU ☐ Cto. Paciente ☐ Cubierta	☐ Electrodo ☐ Filtro ☐ Flujometro ☐ Fuente ☐ Impresora ☐ Indicador ☐ Instrumental ☐ Interfase ☐ Lámpara

PROBLEMA: Ventilador programado 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 R.	H. Llegada: 5:20 pm	Nombre: Dayu Calderon
Cargo: Coord. Biomedico	H. Salida: 6:20 pm	Cargo: Ing. Servicio Técnico
Firma: _____		Firma: _____

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE

Marca: CAREFUSION

Modelo: VELA

Serie: CM099-10

Activo: 77

Institución/Ubicación: Hospital departamental san Antonio de Pitalito

Servicio: UCJ

Fecha: 13/01/2021

HTV: 14

HTT: 14

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	5.9	5.9	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	497	497	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.8	4.8	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	26	26.4	✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6.23	1:6.23	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69	0.69	✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	21.6	21.6	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30.6	30.6	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	58.4	58.4	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90.7	90.7	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	98.8	98.8	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030010

OBSERVACIONES
ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado	
Firma: 	Firma: 	Aprobado	✗
Nombre: 	Nombre: Fabian R.	Correctivo	
Cargo: Ing. Soporte técnico	Cargo: Coord. Biomédico	Fuera de Servicio	
Fecha: 13/01/2021	Fecha: 14/01/2021		