

DATOS DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO
Cliente: <u>Clinica Los Rosales</u>	Equipo: <u>Vertilador</u>
Contacto: <u>Jose Luis Aguirre</u>	Marca: <u>Colefusion</u>
Teléfono: <u></u>	Modelo: <u>Velo Compiherone</u>
Ciudad: <u>Pereira</u>	S/N: <u>CAT03005</u>
Contrato: <u>Garantía</u>	Ubicación: <u>Uci</u>
Daño fuera de Garantía: <u></u>	Placa: <u>004185</u>

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

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

PROBLEMA:
<u>2do Visito de mantenimiento preventivo</u>
<u></u>
<u></u>
<u></u>

TRABAJOS REALIZADOS
<u>Revisión general por estado y funcionamiento, limpieza general,</u>
<u>prueba de desempeño y Verificación según protocolo de mantenimiento preven-</u>
<u>tivo adjunto, lo cual se realizó con éxito.</u>
<u></u>
<u></u>
<u></u>

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

CLIENTE	DURACIÓN DEL TRABAJO	INSTRUMENTACIÓN S.A.
Nombre: <u>Jose Luis Aguirre C.</u>	H. Llegada: <u>14:00</u>	Nombre: <u>Dely Catherine Calderon</u>
Cargo: <u>Ingeniero Biomedico</u>	H. Salida: <u>15:30</u>	Cargo: <u>Ing. ST</u>
T.P 17244 - 429293 CID		Firma: <u>Dely Calderon</u>
R.I RH 201908 - 480		
Firma: <u>[Firma]</u>		

IDENTIFICACION			
Nombre de Equipo: VENTILADOR DE PACIENTE		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA COMPREHENSIVE		Serie: 0403005	Activo: 004185
Institución/Ubicación: Clínica los Rosales		Servicio: UCI	
Fecha: 04/ Agosto / 2021	HTV: 2610	HTT: 2610	

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	5.9	5.9	✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	499	499	✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4.4	4.4	✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12	12	✓	
5.	PIP	Monitoreada	± 2 cmH ₂ O	21	21.3	✓	
6.	IE	1:6.3	± 10%	16.23	16.23	✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0.69	0.69	✓	
8.	O ₁	21%	20% - 22%	20.4	20.4	✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	30.5	30.5	✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	62.8	62.8	✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90	90	✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	99.6	99.6	✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS		
Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

--	--	--

ENTREGA		
Instrumentación SA Firma: <i>[Firma]</i> Nombre: Dery Catherine Calderon Villarreal Cargo: Ing. Soporte Técnico Fecha: 04/ Agosto / 2021	Firma: <i>[Firma]</i> Nombre: <i>[Nombre]</i> Cargo: <i>[Cargo]</i> Fecha: 06-08-21	Estado Aprobado ☒ Correctivo ☐ Fuera de Servicio ☐