

DATOS DEL CLIENTE Cliente: Clínica Comfamilia Contacto: Teléfono: Ciudad: Pereira Contrato: Daño fuera de Garantía:	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO Equipo: Ventilador mecánico Marca: Carefusion Modelo: Vela Comprehensive S/N: CAT 03010 Ubicación: UCI Placa:
--	--

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

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 ☐ Relevé ☐ 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 ☐ 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: Visita #2 de mantenimiento preventivo por garantía.

TRABAJOS REALIZADOS Inspección física y de funcionamiento, limpieza general, pruebas OVP: led, membrana, alarmas, flujo, calibración celda O2, pruebas de desempeño de batería y parámetros ventiladores, todo OK. anexo protocolo de mantenimiento. E.B. 1/6/2021
--

OBSERVACIONES: Equipo en correcto funcionamiento.

CLIENTE Nombre: Wilson Ocampo Cargo: Ing. Promedica Firma: Wilson O.	DURACIÓN DEL TRABAJO H. Llegada: 2 pm H. Salida: 3:30 pm	INSTRUMENTACIÓN S.A. Nombre: Karen N. Monroy C. Cargo: Jg. soporte técnico Firma: Karen N.
--	---	--

IDENTIFICACION

Nombre de Equipo: VENTILADOR MECANICO		Marca: CAREFUSION	
Modelo: VELA COMPREHENSIVE		Serie: CAT 03010	Activo:
Institución/Ubicación: Clínica Comfamiliar		Servicio: UCI	
Fecha: 1/6/2021		HTV: 3844	HTT: 3844

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 56,6	✓			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			✓
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	5,78		✓	
2.	VT	500 mL	± 10%	492		✓	
3.	PEEP	5 cmH ₂ O	± 2 cmH ₂ O	4,43		✓	
4.	Frecuencia	12 rpm	± 2 rpm	12		✓	
5.	PIP	Monitoreada	30 ± 2 cmH ₂ O	30,4		✓	
6.	I:E	1:6.3	± 10%	1:6,15		✓	
7.	Ti	0.68s	± 0.5s	0,7		✓	
8.	O ₂	21%	20% - 22%	20,9		✓	
9.	O ₂	30%	27% - 33%	29,4		✓	
10.	O ₂	60%	55% - 65%	61,2		✓	
11.	O ₂	90%	85% - 95%	90,1		✓	
12.	O ₂	100%	95% - 100%	100		✓	

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Instrumento	Marca	Serie
Equipo de verificación	TSI	40812030025

OBSERVACIONES

ENTREGA

Instrumentación SA	Institución	Estado
Firma: Karen Natalia Monroy Calixto	Firma: IP+Labor Ocampo	Aprobado ✓
Nombre: Karen Natalia Monroy Calixto	Nombre: IP+Labor Ocampo	Correctivo
Cargo: Ing. Soporte técnico	Cargo: Ing. Biomedica	Fuera de Servicio
Fecha: 1/6/2021	Fecha: 06/06/2021	