Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPO BIOMÉDICO	CÓDIGO : AP-AT-F-95-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICO	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 20/04/2022

NUMERO DE REPORTE	MP_AM_2807

Equipo:	REGULADOR DE OXÍGENO		
Marca:	ACARE	**Clasificación:**	IIA
Modelo:	VSC SERIES	**Placa de inventario:**	NO VISIBLE
Serie:	1625225	**U.S.S:**	ENGATIVA CALLE 80- APH
Periodicidad mantenimiento:	ANUAL	**Servicio:**	TAB. JQV 110- 6891 APH
Accesorios:	Manguera. 02.		

Condiciones en las que se recibe el equipo:	Item a evaluar	SI	NO
	¿El equipo se recibió limpio y desinfectado?	✓	
	¿Se entregan accesorios completos y en buen estado?	✓	

	C: CONFORME , N.C: NO CONFORME, N.A: NO APLICA		
Actividad	**C**	**N.C**	**N.A**
Verificar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo	✓		
Limpieza e inspección integral externa del equipo	✓		
Limpieza e inspeccion interna del equipo	✓		
Verificacion y ajuste de manometro	✓		
Revision del estado de orings	✓		
Revision de componentes mecanicos del equipo	✓		
Verificacion y ajuste de sistema neumatico	✓		
Verificacion de fugas	✓		
Verificacion de acoples	✓		

Observaciones:

Equipo operativo.

Accesorios y/o repuestos utilizados:	**Accesorios y/o repuestos a cotizar:**
—	—

Condiciones en las que se entrega el equipo:	Item a evaluar	SI	NO
	¿El equipo se entrega limpio y desinfectado?	✓	
	¿Los accesorios se entregan completos y en buen estado?	✓	
	Fecha de ultima calibración	—	—

Fecha inicio:	*16-abr-26*	**Hora inicio:**	*2:40:00 p. m.*
Fecha finalización:	*16-abr-26*	**Hora finalización:**	*2:50:00 p. m.*

Calificación del servicio	
☺ ✓ | 😐 | ☹	
	Monica Cuevas- Ing. biomédica
Nombre y Sello	**Nombre y Sello**
Coordinador o Encargado que recibe a satisfacción	Responsable Mantenimiento