| 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<br>GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICO | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA : 20/04/2022 |

| NUMERO DE REPORTE | MP_AM_2836 |
|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Equipo:** | REGULADOR DE OXÍGENO | | |
| **Marca:** | ACARE | **Clasificación:** | IIA |
| **Modelo:** | VSC SERIES | **Placa de inventario:** | NO VISIBLE |
| **Serie:** | 1624587 | **U.S.S:** | ENGATIVA CALLE 80- APH |
| **Periodicidad mantenimiento:** | ANUAL | **Servicio:** | TAB. JQV 245- 7028 APH |
| **Accesorios:** | Manguera O2. | | |

| **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? | ✓ | |

| Actividad | C: CONFORME , N.C: NO CONFORME, N.A: NO APLICA<br>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:** | *17-abr-26* | **Hora inicio:** | *2:20:00 p. m.* |
| **Fecha finalización:** | *17-abr-26* | **Hora finalización:** | *2:30:00 p. m.* |

| Calificación del servicio | | |
|---|---|---|
| ☺ ✓ | 😐 | ☹ |

| | |
|---|---|
| | Monica Cuevas- Ing. biomédica |
| Nombre y Sello | Nombre y Sello |
| Coordinador o Encargado que recibe a satisfacción | Responsable Mantenimiento |