| 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_2754

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Equipo:** | MONITOR MULTIPARAMETROS | | |
| **Marca:** | MINDRAY | **Clasificación:** | IIB |
| **Modelo:** | UMEC 10 | **Placa de inventario:** | 16537/ SN 0008401 |
| **Serie:** | KN-82020230 | **U.S.S:** | SIMON BOLIVAR- APH |
| **Periodicidad mantenimiento:** | SEMESTRAL | **Servicio:** | TAM. JQV 224- 6969 APH |
| **Accesorios:** | Brazalete adulto, pediatrico y neonatal, cable NIBP, Sensor de SpO2 pediatrico, cable ECG y cable AE. | | |

| **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 | ✓ | | |
| . | | | |
| Revision del sistema mecanico | ✓ | | |
| Revisar que todos los cables externos, módulos insertados y accesorios se encuentren en buenas condiciones. | ✓ | | |
| Revision del funciones del motor | ✓ | | |
| Con simuladores patrón se realiza la verificación y ajuste de parámetros de cada uno de los módulos. | | | ✓ |

**Observaciones:**

Equipo operativo, se solicita interfaz de SpO2 con sensor adulto y pediatrico, bateria de reloj y equipo.

| **Accesorios y/o repuestos utilizados:** | **Accesorios y/o repuestos a cotizar:** |
|---|---|
| / | Interfaz de SpO2 (1) / Sensor Adulto (1) / Sensor pediatrico (1).<br>Bateria reloj (1).<br>Bateria equipo (1). |

| **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:** | 13-abr-26 | **Hora inicio:** | 10:00:00 a. m. |
| **Fecha finalización:** | 13-abr-26 | **Hora finalización:** | 10:40:00 a. m. |

**Calificación del servicio**

☺ ✓ | 😐 | ☹

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