| 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_2757 |
|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Equipo:** | MONITOR MULTIPARAMETROS | | |
| **Marca:** | EDAN | **Clasificación:** | IIB |
| **Modelo:** | X12 | **Placa de inventario:** | 89617/ SN-0005545 |
| **Serie:** | 261594-M22414150097 | **U.S.S:** | ENGATIVA CALLE 80- APH |
| **Periodicidad mantenimiento:** | SEMESTRAL | **Servicio:** | TAB. JQV 111- 6893 APH |
| **Accesorios:** | Calle AC, cable ECG, cable NIBP, brazalete adulto y pediatrico, sensor de SpO2 adulto. | | |

| **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 bateria de reloj y del equipo, sensor de SpO2 pediatrico

| **Accesorios y/o repuestos utilizados:** | **Accesorios y/o repuestos a cotizar:** |
|---|---|
| | Sensor de SpO2 pediatrico (1).<br>Bateria de 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:** | 12:30:00 p. m. |
| **Fecha finalización:** | 13-abr-26 | **Hora finalización:** | 1:10:00 p. m. |

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