| 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_2782 |
|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Equipo:** | MONITOR MULTIPARAMETROS | | |
| **Marca:** | MINDRAY | **Clasificación:** | IIB |
| **Modelo:** | UMEC 10 | **Placa de inventario:** | 41745 - SN 0006978 |
| **Serie:** | KN-73006379 | **U.S.S:** | SIMON BOLIVAR- APH |
| **Periodicidad mantenimiento:** | SEMESTRAL | **Servicio:** | TAM. LIS 775- 7082 APH |
| **Accesorios:** | Brazalete adulto, pediatrico, neonatal, cable NIBP, sensor de SpO2, cable ECG, 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 bateria de reloj y equipo, interfaz de SpO2 con sensor adulto y pediatrico.

| Accesorios y/o repuestos utilizados: | Accesorios y/o repuestos a cotizar: |
|---|---|
| | Interfaz de SpO2 con sensor pediatrico y adulto. (1)<br>Bateria de reloj (1)<br>Bateria del 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:** | 15-abr-26 | **Hora inicio:** | 1:20:00 p. m. |
| **Fecha finalización:** | 15-abr-26 | **Hora finalización:** | 2:00:00 p. m. |

**Calificación del servicio**

| ☺ ✓ | 😐 | ☹ |
|---|---|---|

Andres Gonzalez A.

Nombre y Sello RM 25432/12

Coordinador o Encargado que recibe a satisfacción

Monica Cuevas- Ing. biomédica

Nombre y Sello

Responsable Mantenimiento