



Rutina de Mantenimiento Preventivo para Tensiómetro

EQUIPO:	TENSIÓMETRO	ÁREA:		
MARCA:	Riester	UBICACIÓN:	cuarto de Recuperación 3	
MODELO:	big ben R Denol			
SERIE:	100727036			
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	01020000405173			
ID:	214			
FRECUENCIA: SEMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2
1	Condiciones ambientales en la que se encuentra.		✓	✓
2	Limpieza externa del equipo con un paño húmedo.		✓	✓
3	Desinfectar con alcohol al 70%.		✓	✓
4	Verificar que la válvula de cierre se encuentre en buen estado.		✓	✓
5	Verificar el estado de la manguera y manómetro de presión.		✓	✓
6	Verificar perita de insuflar este en buenas condiciones.		✓	✓
7	Verificar que el brazalete se encuentra en buenas condiciones.		✓	✓
8	Verificar en buen funcionamiento del equipo en general.		✓	✓
OBSERVACIONES				



SEMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA REALIZACIÓN:	DE	FIRMA DEL SUPERVISOR ÁREA U OPERADOR:
1RO	<i>Tomas Fournier</i>	08/02/2022		<i>[Firma]</i>
2DO	<i>[Firma]</i>	27/08/2022		<i>[Firma]</i>



Rutina de Mantenimiento Preventivo para Tensiómetro

EQUIPO:	TENSÍOMETRO	ÁREA:		
MARCA:	Riester	UBICACIÓN:	Imágenes Cuarte de Recuperación 2	
MODELO:	big ben v dord			
SERIE:	100727023			
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	08050000104707			
ID:	N/A			
FRECUENCIA: SEMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2
1	Condiciones ambientales en la que se encuentra.		✓	✓
2	Limpieza externa del equipo con un paño húmedo.		✓	✓
3	Desinfectar con alcohol al 70%.		✓	✓
4	Verificar que la válvula de cierre se encuentre en buen estado.		✓	✓
5	Verificar el estado de la manguera y manómetro de presión.		✓	✓
6	Verificar perita de insuflar este en buenas condiciones.		✓	✓
7	Verificar que el brazalete se encuentra en buenas condiciones.		✓	✓
8	Verificar en buen funcionamiento del equipo en general.		✓	✓
OBSERVACIONES				



SEMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA REALIZACIÓN:	DE	FIRMA DEL SUPERVISOR ÁREA U OPERADOR:
1RO	<i>Tomas Fernández</i>	09/08/2022		<i>[Signature]</i>
2DO	<i>Luis Ríos</i>	27/08/2022		<i>[Signature]</i>



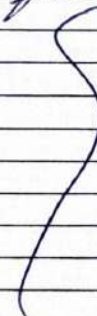
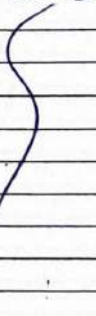
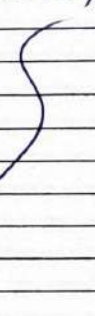
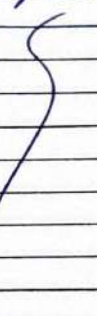
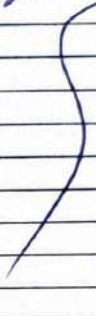

Rutina de Mantenimiento Preventivo para Tensiómetro

EQUIPO:	TENSIÓMETRO	ÁREA:	
MARCA:	Riester		
MODELO:	big ben royal		Invidios
SERIE:	100727975	UBICACIÓN:	Cuarto de recuperación 2
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	09050000 100600		
ID:	N/A		
FRECUENCIA: SEMESTRAL. (Técnico especializado).			
		1	2
1	Condiciones ambientales en la que se encuentra.	✓	✓
2	Limpieza externa del equipo con un paño húmedo.	✓	✓
3	Desinfectar con alcohol al 70%.	✓	✓
4	Verificar que la válvula de cierre se encuentre en buen estado.	✓	✓
5	Verificar el estado de la manguera y manómetro de presión.	✓	✓
6	Verificar perita de insuflar este en buenas condiciones.	✓	✓
7	Verificar que el brazalete se encuentra en buenas condiciones.	✓	✓
8	Verificar en buen funcionamiento del equipo en general.	✓	✓
OBSERVACIONES			

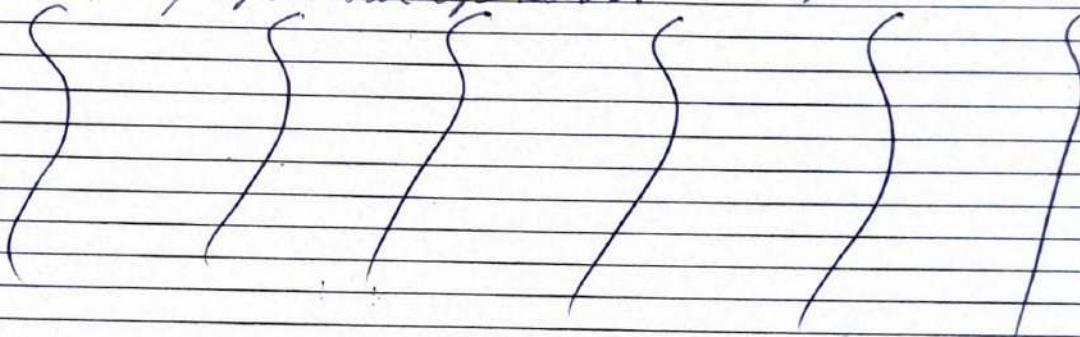



SEMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA REALIZACIÓN:	DE	FIRMA DEL SUPERVISOR ÁREA U OPERADOR:
1RO	<i>Tomas Fernández</i>	08/02/2022		<i>[Signature]</i>
2DO	<i>[Signature]</i>	27/08/2022		<i>[Signature]</i>

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	<i>Impresora Radiográfica</i>	Área	
Marca	<i>AGFA</i>	Ubicación	<i>Imagenes</i>
Modelo	<i>DRYSTAR AXYS</i>		
Serie	<i>4757</i>		
Rótulo	<i>NA</i>		
Item	<i>NA</i>		<i>Rampa X</i>
Descripción del Mantenimiento			
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Correctivo <input type="checkbox"/>	
<i>Procedimiento de mantenimiento externo, verificación de funcionamiento óptico, el equipo está operativo.</i>			
    			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre: <i>Procedia Reyes</i>			
Firma: <i>[Signature]</i>			
Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: <i>Ludwig Piza</i>		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>[Signature]</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: <i>20/08/2022</i>		Crítico <input type="checkbox"/>	

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	<i>Tomografía Radiográfica</i>	Área	
Marca	<i>AGFA</i>	Ubicación	<i>Imágenes</i>
Modelo	<i>DAYSTAR 5302</i>		
Serie	<i>16543</i>		
Rótulo	<i>N/A</i>		
Item	<i>N/A</i>		<i>Rays X</i>
Descripción del Mantenimiento			
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Correctivo <input type="checkbox"/>	
<i>Mantenimiento externo, verificación de funcionamiento externo, el equipo está operativo.</i>			
			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre: <i>Aracelia Varela</i>			
Firma: <i>[Signature]</i>			
Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: <i>Ludmila Pires</i>		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>[Signature]</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
		Crítico <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: <i>20/08/2022</i>			

Rutina de Mantenimiento Preventivo para Microscopio

EQUIPO:	MICROSCOPIO	ÁREA:				
MARCA:	<i>Ceti</i>	UBICACIÓN:	<i>Lab. Clínico</i>			
MODELO:	<i>multiflex</i>					
SERIE:	<i>079956</i>					
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	<i>N/A</i>					
ID:	<i>N/A</i>					
FRECUENCIA: TRIMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2	3	4
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.		✓	✓	✓	✓
2	Efectuar limpieza integral externa.		✓	✓	✓	✓
3	Efectuar inspección externa del equipo (tornillos macrométricos, micrométricos, aspecto físico en general).		✓	✓	✓	✓
4	Efectuar limpieza integral interna (excepto sistema óptico).		✓	✓	✓	✓
5	Revisar sistema eléctrico (transformador, conductores, conectores) cambiar elementos con signos de deterioro.		✓	✓	✓	✓
6	Realizar limpieza del sistema óptico (oculares, objetivos, condensador, cuerpo binocular y dispositivos de iluminación).		✓	✓	✓	✓
7	Comprobar apertura del diafragma, iris y montaje del condensador, ajustar y lubricar si es necesario.		✓	✓	✓	✓
8	Verificar los desplazamientos mecánicos para movimientos suaves, enfoque, platina porta objetos.		✓	✓	✓	✓
9	Verificar el funcionamiento del equipo en conjunto con el operador.		✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES						

TRIMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR U OPERADOR DEL ÁREA:
1RO	<i>Abelardo Batista</i>	<i>15-02-2022</i>	<i>[Firma]</i>
2DO	<i>Nelson Lebrón</i>	<i>16/05/2022</i>	<i>[Firma]</i>
3RO	<i>Nelson Lebrón</i>	<i>29/08/2022</i>	<i>Daviang [Firma]</i>
4TO	<i>Nelson Lebrón</i>	<i>30/11/2022</i>	<i>[Firma]</i>





Rutina de Mantenimiento Preventivo para Autoclave de Olla

EQUIPO:	AUTOCLAVE DE OLLA	ÁREA:	Sub. Chris			
MARCA:	ALL Amelbator	UBICACIÓN:	Jabuco			
MODELO:	50x					
SERIE:	1590					
NO. INVENTARIO TECNICO:	NIA					
ID:	NIA					
FRECUENCIA: TRIMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2	3	4
1	Limpieza y lubricación periódicamente del cuerpo del esterilizador y la base de la tapa, usando un paño seco, para retirar partículas extrañas adheridas al lubricante. Con lija 0000 y movimiento circular alrededor del sello metal retire partículas extrañas y verifique periódicamente que no haya fugas.		✓	✓	✓	✓
2	Verificar la tapa que esté libre y no haya materiales extraños obstruyendo la entrada del manómetro.		✓	✓	✓	✓
3	Limpieza de la válvula de control con el fin de retirar mugre y material extraño del interior. Use un solvente como acetona o un producto similar, lave la válvula con agua caliente y jabón después de usar cualquier solvente, luego instale nuevamente el cuerpo de la válvula.		✓	✓	✓	✓
4	Revisar el tubo de escape de aire periódicamente para asegurarse que el aire pase libremente a través del tubo. Usar un alambre de diámetro delgado haciéndolo pasar varias veces por el interior del tubo.		✓	✓	✓	✓
5	Revisar y limpiar la válvula de seguridad del esterilizador.			✓	✓	✓
6	Revisar el Tapón de sobrepresión reemplace el tapón de sobrepresión cada vez que este duro o se deforme. Verifique que no hay materiales extraños o residuos donde está alojado, tales como grasas etc. El tapón se puede limpiar con un cepillo de dientes agua caliente y jabón por lo menos una vez al mes. Verifique que ningún material extraño interfiere en la correcta posición del tapón.		✓	✓	✓	✓
7	Revisar el estado de la(s) resistencias eléctricas (ver terminales).		✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES						

TRIMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR U OPERADOR DEL ÁREA:
1RO	Tomas F. Figueres	16-02-2022	Sub
2DO	Nelson Lebrón	17/05/2022	Darriana Figueres
3RO	Nelson Lebrón	30/09/2022	Darriana Figueres
4TO	Nelson Lebrón	30/11/2022	Xuri Jones





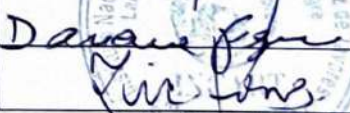
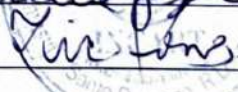
Rutina de Mantenimiento Preventivo para Incubadora Bacteriológica

EQUIPO:	INCUBADORA BACTERIOLÓGICA/ HORNO SECADOR.	ÁREA:	Sub. Clínico			
MARCA:	F. Arlem	UBICACIÓN:	Laboratorio			
MODELO:	SISA-3					
SERIE:	AAAL 040841					
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	N/A					
ID:	N/A					
FRECUENCIA: TRIMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2	3	4
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.		✓	✓	✓	✓
2	Efectuar limpieza integral externa e interna del equipo.		✓	✓	✓	✓
3	Revisar elementos metálicos o sintéticos (puertas, sellos, empaques, salidas de aire, manivela, etc.).		✓	✓	✓	✓
4	Revisar componentes eléctricos y electrónicos (cordón de alimentación, tomacorriente, calefactor, ventilador, circuitos integrados, etc.).		✓	✓	✓	✓
5	Revisar estado y funcionamiento de perillas, interruptores e indicadores.		✓	✓	✓	✓
6	Verificar temperatura de funcionamiento de la cámara y calibración del termómetro del equipo, según corresponda.		✓	✓	✓	✓
7	Verificar protecciones y alarmas cuando corresponda (sobretensión, no circulación del aire, etc.).		✓	✓	✓	✓
8	Medir voltaje de alimentación y corriente de consumo.		✓	✓	✓	✓
9	Medir resistencia de carcasa a tierra ($\leq 0.5\Omega$).		✓	✓	✓	✓
10	Verificar el funcionamiento del equipo en conjunto con el Operador.		✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES						

TRIMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA SUPERVISOR DEL ÁREA U OPERADOR:
1RO	Daniela Figueroa	16-02-2022	[Firma]
2DO	Nelson Lebrón	26/05/2022	Dra. Margarett Matos 26/5/22
3ER	Nelson Lebrón	30/08/2022	Daniela Figueroa
4TO	Nelson Lebrón	30/11/2022	[Firma]

Rutina de Mantenimiento Preventivo para Centrífuga

EQUIPO:	CENTRÍFUGA	ÁREA:	Sub. Chato N/A			
MARCA:	Southern BS	UBICACIÓN:				
MODELO:	N/A					
SERIE:	Y201241003					
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	N/A					
ID:	N/A					
FRECUENCIA: TRIMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2	3	4
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.		✓	✓	✓	✓
2	Efectuar limpieza integral externa del equipo.		✓	✓	✓	✓
3	Revisar partes y accesorios metálicos y sintéticos (soportes, cabezal, tapadera, empaques, porta tubos, etc.).		✓	✓	✓	✓
4	Efectuar limpieza integral interna del equipo.		✓	✓	✓	✓
5	Revisar conexiones eléctricas, internas y externas.		✓	✓	✓	✓
6	Verificar perillas de control y señalizaciones.		✓	✓	✓	✓
7	Revisar el motor y sus componentes (carbones, baleros, eje, acoplamiento, etc.), cambiar carbones y lubricar si es necesario.		✓	✓	✓	✓
8	Verificar el balance del plato con carga.		✓	✓	✓	✓
9	Verificar medidor de tiempo.		✓	✓	✓	✓
10	Verificar la velocidad de funcionamiento en todo el rango (máximo 3,500 - 4,500 r.p.m.).		✓	✓	✓	✓
11	Comprobar sistema de frenado y mecanismos de seguridad.		✓	✓	✓	✓
12	Comprobar operatividad de la unidad en todos los modos de trabajo (inspección de ruidos o vibraciones inusuales).		✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES						

TRIMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR DEL ÁREA U OPERADOR:
1RO	Alexander Batuta	15-02-2022	
2DO	Tomás Fernández	16-05-2022	
3ER	Nelson Lebrón	30/08/2022	
4TO	Nelson Lebrón	30/11/2022	

Rutina de Mantenimiento Preventivo para Centrífuga

EQUIPO:	CENTRÍFUGA	ÁREA:	Lab. Cirujía			
MARCA:	Suzuki	UBICACIÓN:	N/A			
MODELO:	227					
SERIE:	160537					
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	N/A					
ID:	N/A					
FRECUENCIA: TRIMESTRAL. (Técnico especializado).		1	2	3	4	
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.	✓	✓	✓	✓	
2	Efectuar limpieza integral externa del equipo.	✓	✓	✓	✓	
3	Revisar partes y accesorios metálicos y sintéticos (soportes, cabezal, tapadera, empaques, porta tubos, etc.).	✓	✓	✓	✓	
4	Efectuar limpieza integral interna del equipo.	✓	✓	✓	✓	
5	Revisar conexiones eléctricas, internas y externas.	✓	✓	✓	✓	
6	Verificar perillas de control y señalizaciones.	✓	✓	✓	✓	
7	Revisar el motor y sus componentes (carbones, baleros, eje, acoplamiento, etc.), cambiar carbones y lubricar si es necesario.	✓	✓	✓	✓	
8	Verificar el balance del plato con carga.	✓	✓	✓	✓	
9	Verificar medidor de tiempo.	✓	✓	✓	✓	
10	Verificar la velocidad de funcionamiento en todo el rango (máximo 3,500 - 4,500 r.p.m.).	✓	✓	✓	✓	
11	Comprobar sistema de frenado y mecanismos de seguridad.	✓	✓	✓	✓	
12	Comprobar operatividad de la unidad en todos los modos de trabajo (inspección de ruidos o vibraciones inusuales).	✓	✓	✓	✓	
OBSERVACIONES						

TRIMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR DEL ÁREA U OPERADOR:
1RO	Tomas Fernández	15-02-2022	[Firma]
2DO	Tomas Fernández	16-05-2022	[Firma]
3ER	Nelson Febión	30/09/2022	Darwin...
4TO	Nelson Febión	30/11/2022	[Firma]





Rutina de Mantenimiento Preventivo para Microscopio

EQUIPO:	MICROSCOPIO	ÁREA:				
MARCA:	<i>Leica</i>	UBICACIÓN:	<i>Patalago</i>			
MODELO:	<i>Wuxun B</i>					
SERIE:	<i>079958</i>					
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	<i>N/A</i>					
ID:	<i>N/A</i>					
FRECUENCIA: TRIMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2	3	4
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.		✓	✓	✓	✓
2	Efectuar limpieza integral externa.		✓	✓	✓	✓
3	Efectuar inspección externa del equipo (tornillos macrométricos, micrométricos, aspecto físico en general).		✓	✓	✓	✓
4	Efectuar limpieza integral interna (excepto sistema óptico).		✓	✓	✓	✓
5	Revisar sistema eléctrico (transformador, conductores, conectores) cambiar elementos con signos de deterioro.		✓	✓	✓	✓
6	Realizar limpieza del sistema óptico (oculares, objetivos, condensador, cuerpo binocular y dispositivos de iluminación).		✓	✓	✓	✓
7	Comprobar apertura del diafragma, iris y montaje del condensador, ajustar y lubricar si es necesario.		✓	✓	✓	✓
8	Verificar los desplazamientos mecánicos para movimientos suaves, enfoque, platina porta objetos.		✓	✓	✓	✓
9	Verificar el funcionamiento del equipo en conjunto con el operador.		✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES						

TRIMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR U OPERADOR DEL ÁREA:
1RO	<i>Tomas Fernández</i>	<i>22/02/2022</i>	<i>[Firma]</i>
2DO	<i>Nelson Lebrón</i>	<i>26/05/2022</i>	<i>[Firma]</i>
3RO	<i>Tomas Fernández</i>	<i>30/08/2022</i>	<i>[Firma]</i>
4TO	<i>Nelson Lebrón</i>	<i>30/11/2022</i>	<i>[Firma]</i>

AREA: _____
 NOMBRE: _____
 FIRMA: _____
 Versión 1



Rutina de Mantenimiento Preventivo para Centrífuga

EQUIPO:		CENTRÍFUGA	ÁREA:						
MARCA:		<i>Juw - Prep</i>	<i>Patología</i>						
MODELO:		<i>1500</i>							
SERIE:		<i>18600014030040</i>							
NO. INVENTARIO TÉCNICO:		<i>N/A</i>							
ID:		<i>N/A</i>							
UBICACIÓN:		<i>area tecnica</i>							
FRECUENCIA: TRIMESTRAL. (Técnico especializado).						1	2	3	4
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
2	Efectuar limpieza integral externa del equipo.					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
3	Revisar partes y accesorios metálicos y sintéticos (soportes, cabezal, tapadera, empaques, porta tubos, etc.).					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
4	Efectuar limpieza integral interna del equipo.					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
5	Revisar conexiones eléctricas, internas y externas.					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
6	Verificar perillas de control y señalizaciones.					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
7	Revisar el motor y sus componentes (carbones, baleros, eje, acoplamiento, etc.), cambiar carbones y lubricar si es necesario.					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
8	Verificar el balance del plato con carga.					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
9	Verificar medidor de tiempo.					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
10	Verificar la velocidad de funcionamiento en todo el rango (máximo 3,500 - 4,500 r.p.m.).					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
11	Comprobar sistema de frenado y mecanismos de seguridad.					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
12	Comprobar operatividad de la unidad en todos los modos de trabajo (inspección de ruidos o vibraciones inusuales).					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
OBSERVACIONES									

TRIMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR DEL ÁREA U OPERADOR:
1RO	<i>Tomas Fernández</i>	<i>22/02/2022</i>	<i>Wilson Ruiz</i>
2DO	<i>Luis Quiroga</i>	<i>14/05/2022</i>	<i>Wilson Ruiz</i>
3ER	<i>Nelson Lebrón</i>	<i>30/08/2022</i>	<i>[Firma]</i>
4TO	<i>Nelson Lebrón</i>	<i>30/11/2022</i>	<i>[Firma]</i>

INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER
Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares
CENTRO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

AREA: _____
NOMBRE: _____
FIRMA: _____

Versión 1



INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

Rutina de Mantenimiento Preventivo para Baño de María

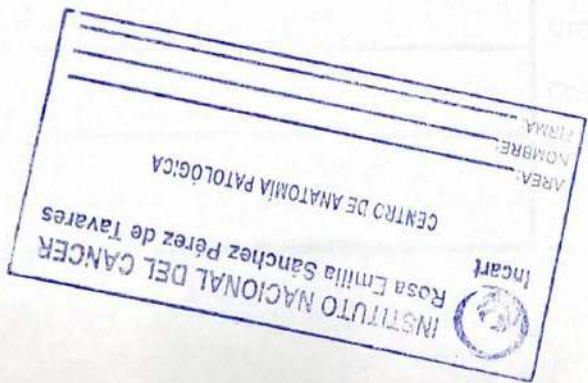
EQUIPO:	BAÑO DE MARÍA	ÁREA:	<i>Patología</i>	
MARCA:	<i>Boeckel</i>	UBICACIÓN:	<i>Lia Técnica</i>	
MODELO:	<i>77792</i>			
SERIE:	<i>7445 65 875</i>			
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	<i>N/A</i>			
ID:	<i>N/A</i>			
FRECUENCIA: SEMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.		✓	
2	Verificar tipo de agua utilizada para evitar corrosiones, se sugiere agua destilada.		✓	
3	Efectuar limpieza integral externa e interna del equipo.		✓	
4	Revisar equipos y accesorios metálicos o sintéticos (tapadera, sellos o empaques, aisladores térmicos).		✓	
5	Revisar conexiones eléctricas y accesorios (conductores y enchufes).		✓	
6	Verificar control automático de temperatura.		✓	
7	Verificar temperatura con termómetro de mmHg.		✓	
8	Inspeccionar lámparas de señalización.		✓	
9	Comprobar tiempo de alcance de temperatura.		✓	
10	Verificar el funcionamiento del equipo.		✓	
OBSERVACIONES				
<i>- Limpiar meseta de soporte de equipo. ✓</i>				

SEMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR U OPERADOR DEL ÁREA:
1RO	<i>Rangel M. Mora</i>	<i>16/05/2021</i>	 AREA: _____ NOMBRE: _____ FIRMA: _____
2DO	<i>Nelson Febron</i>	<i>30/11/2022</i>	


Rutina de Mantenimiento Preventivo Negatoscopio

EQUIPO: <i>Negatoscopio</i>	NEGATOSCOPIO.	ÁREA:	<i>Area de lectura</i>	
MARCA: <i>Immodinic</i>				
MODELO: <i>S-101</i>				
SERIE: <i>N/A</i>		UBICACIÓN:	<i>Laboratorio de patología</i>	
NO. INVENTARIO TÉCNICO:				
ID: <i>N/A</i>				
FRECUENCIA: SEMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2
1	Estado físico exterior.		✓	✓
2	Revisar montaje.		✓	✓
3	Revisar cable de alimentación eléctrica.		✓	✓
4	Revisar switch de encendido.		✓	✓
5	Revisar dispersión de la luz.		✓	✓
6	Revisar sistema de sujeción de películas.		✓	✓
7	Revisar estado de los tubos.		✓	✓
8	Revisar estado del arrancador.		✓	✓
9	Revisar carcasa.		✓	✓
OBSERVACIONES				

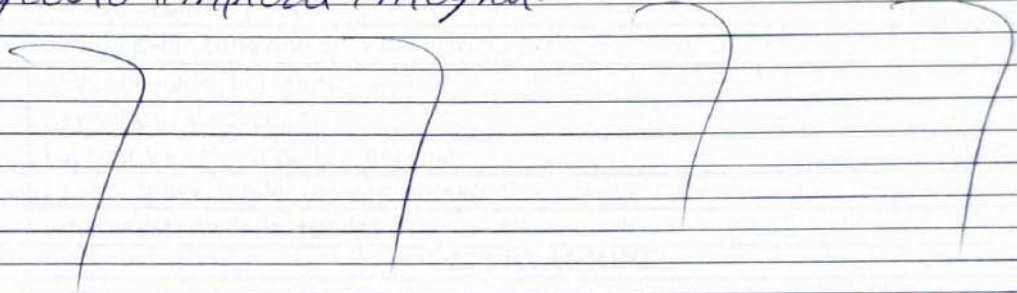





SEMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR ÁREA U OPERADOR:
1RO	<i>Nelson Febrón</i>	<i>26/05/2022</i>	<i>Dra. Margaux Matiz 26/5/22</i>
2DO	<i>Nelson Febrón</i>	<i>30/11/2022</i>	<i>[Signature]</i>



Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	Balanza	Área	Patología
Marca	OHAUS	Ubicación	Area Inmunología
Modelo	CS 2000		
Serie	01022015		
Rótulo	N/A		
Item	N/A		
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Descripción del Mantenimiento	
		Correctivo <input type="checkbox"/>	
* Verificación del estado físico del equipo. ✓ * Limpieza externa del equipo ✓ * Verificación de los componentes eléctricos del equipo ✓ * Prueba de funcionamiento ✓			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre: <i>Olivia Vidal</i>			
Firma: <i>[Signature]</i>		CENTRO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA AREA: _____ NOMBRE: _____	
Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: <i>Tommy Joel Fernández</i>		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>[Signature]</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: <i>30/08/2022</i>		Crítico <input type="checkbox"/>	

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	Lampara cuello de ganco	Área	pediátrica	
Marca	Millas	Ubicación		cuarto de procedimiento
Modelo	FOCO 2000			
Serie	090872412			
Rótulo	N/A			
Item	N/A			
Descripción del Mantenimiento				
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Correctivo <input type="checkbox"/>		
Se verificó estado físico, cable de alimentación, switch de encendido, bombilla, partes mecánicas y se ejecutó limpieza integral.				
				
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio		
Nombre:				
Firma:				
				
<p>Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina</p>				
Realizado por		Prioridad:		
Nombre:		Regular <input checked="" type="checkbox"/>		
Firma:		Urgente <input type="checkbox"/>		
		Crítico <input type="checkbox"/>		
Fecha de Realización:				



Rutina de Mantenimiento Preventivo para Camas Hospitalarias

EQUIPO:	CAMAS HOSPITALARIAS	ÁREA:	Pediatria	
MARCA:	Linet	UBICACIÓN:		
MODELO:	Eleganza			
SERIE:	2110070721			
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	N/A			
ID:	N/A			
FRECUENCIA: SEMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2
1	Condiciones ambientales en la que se encuentra.		✓	
2	Estado físico exterior.		✓	
3	Limpieza interna y externa del equipo.		✓	
4	Panel de control y botones.		✓	
5	Revisar cable conexión de red eléctrica.		✓	
6	Revisar estado de frenos.		✓	
7	Revisar caja de circuitos.		✓	
8	Lubricar y engrasar partes mecánicas.		✓	
9	Revisar funcionamiento de motores.		✓	
10	Revisar estado de las ruedas.		✓	
OBSERVACIONES				

SEMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA REALIZACIÓN:	DE	FIRMA DEL SUPERVISOR ÁREA U OPERADOR:
1RO	<i>Nelson León</i>	19/10/2022		<i>Evelyn Ramos</i>
2DO				

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER
Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares

CENTRO DE PEDIATRÍA

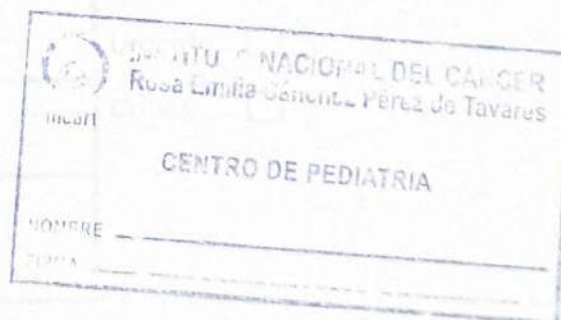
NOMBRE _____

FIRMA _____


Rutina de Mantenimiento Preventivo Negatoscopio

EQUIPO:	NEGATOSCOPIO.	ÁREA:		
MARCA:	<i>Immoclinic</i>	UBICACIÓN:	<i>Pediatría</i> <i>Pasillo</i>	
MODELO:	<i>S-101</i>			
SERIE:	<i>N/A</i>			
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	<i>N/A</i>			
ID:	<i>N/A</i>			
FRECUENCIA: SEMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2
1	Estado físico exterior.		✓	
2	Revisar montaje.		✓	
3	Revisar cable de alimentación eléctrica.		✓	
4	Revisar switch de encendido.		✓	
5	Revisar dispersión de la luz.		✓	
6	Revisar sistema de sujeción de películas.		✓	
7	Revisar estado de los tubos.		✓	
8	Revisar estado del arrancador.		✓	
9	Revisar carcasa.		✓	
OBSERVACIONES				

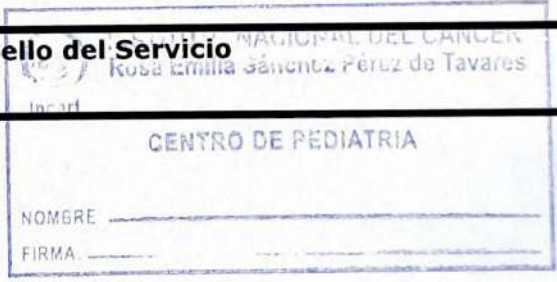
SEMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR ÁREA U OPERADOR:
1RO	<i>Nelson Lebrón</i>	<i>17/10/2022</i>	<i>Evelyn Barros</i>
2DO			



Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	Montón de rayos	Área	Pediatría
Marca	Schiller	Ubicación	Consultorio #4
Modelo	Aspis LCM Plus		
Serie	780.06206		
Rótulo	N/A		
Item	N/A		
Descripción del Mantenimiento			
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Correctivo <input type="checkbox"/>	
<p>* Verificación del estado físico del equipo -</p> <p>* se verificó funcionamiento del equipo (EXG, SpO₂, flujos y Ac)</p> <p>* limpieza externa del equipo.</p> <p>* equipo operativo.</p>			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre: Evelyn Ramos			
Firma: <i>Evelyn Ramos</i>			
Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: Tomás Termini / Nelson Lebrón		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>Tomás Termini / Nelson Lebrón</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: 19/10/2022		Crítico <input type="checkbox"/>	

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	Compu articulada	Área	Pediatría
Marca	Siirt	Ubicación	302
Modelo	elguy		
Serie	20110670722		
Rótulo	N/A		
Item	N/A		
<p>Descripción del Mantenimiento</p> <p>Preventivo <input checked="" type="checkbox"/> Correctivo <input type="checkbox"/></p> <p>* Se verificó el estado físico de la Compu ✓ * Se verificó el funcionamiento de la Compu (Peripherals) ✓ * Limpieza externa de la Compu. * Substitución de partes mecánicas de la Compu. * Equipo Operativo.</p>			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre: Evelyn A Ramos			
Firma: <i>[Signature]</i>			
<p>Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina</p>			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: Nelson Febrón		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>[Signature]</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: 19/10/2022		Crítico <input type="checkbox"/>	



Rutina de Mantenimiento Preventivo para Báscula o Balanza Mecánica


EQUIPO:	BASCULA O BALANZA MECÁNICA.	ÁREA:	Banco de Sangre
MARCA:	Asimed	UBICACIÓN:	
MODELO:	MB201-Plus-C		
SERIE:	502-142		
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	N/A	N/A	
ID:	N/A		
FRECUENCIA: ANUAL (Técnico especializado).			1
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.	✓	
2	Efectuar limpieza integral externa del equipo.	✓	
3	Revisar que la báscula cuente con todos sus componentes (tallímetro, pesas, plataforma).	✓	
4	Efectuar limpieza integral interna del equipo.	✓	
5	Inspeccionar el sistema mecánico y eléctrico o electrónico según corresponda.	✓	
6	Lubricar el sistema mecánico.	✓	
7	Verificar la calibración de "cero" de la báscula, si es necesario reajuste.	✓	
8	Verificar la calibración de la báscula con un peso conocido.	✓	
9	Verificar el funcionamiento del equipo en conjunto con el operador.	✓	
OBSERVACIONES			

PERIODO	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR ÁREA U OPERADOR:
1RO	<i>Nelson Lebron</i>	29/09/2022	<i>[Firma]</i>

INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES
Banco de Sangre

NOMBRE: _____
FIRMA: _____

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	<i>Colector de sangre digital</i>	Área	
Marca	<i>Biobase</i>		<i>Banco de sangre</i>
Modelo	<i>BCM-12B</i>	Ubicación	
Serie	<i>2204075</i>		<i>N/A</i>
Rótulo	<i>N/A</i>		
Item	<i>N/A</i>		
Descripción del Mantenimiento			
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Correctivo <input type="checkbox"/>	
<i>Inspección de condiciones ambientales.</i> <i>Revisión de conexiones eléctricas.</i> <i>Verificación de funcionamiento de partes mecánicas.</i> <i>Verificación de controles.</i> <i>Limpieza integral.</i>			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre: <i>Larissa Nivon</i>			
Firma: <i>Larissa</i>			
Usos Exclusivos para el Área de Electromedicina			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: <i>Nelson León</i>		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>Nelson León</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: <i>30/09/2022</i>		Crítico <input type="checkbox"/>	

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	Sellador de tubos	Área	Banco de Sangre
Marca	Terumo pentol	Ubicación	N/A
Modelo	X51010		
Serie	2016013725		
Rótulo	N/A		
Item	N/A		
Descripción del Mantenimiento			
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Correctivo <input type="checkbox"/>	
Inspección condiciones ambientales. Revisión conexiones eléctricas. Verificación de funcionamiento de partes mecánicas. Verificación de controles. Amplitud integral.			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre: <i>Larissa Nivori</i>		INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares Incart. BANCO DE SANGRE	
Firma: <i>[Signature]</i>		NOMBRE: <i>[Signature]</i> FIRMA: <i>[Signature]</i>	
Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: <i>Nelson Abrón</i>		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>[Signature]</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: <i>29/09/2022</i>		Crítico <input type="checkbox"/>	



Rutina de Mantenimiento Preventivo para Báscula o Balanza Mecánica

EQUIPO:	BASCULA O BALANZA MECÁNICA.	ÁREA:	Banco de Sangre
MARCA:	Ohaus (dos platillos)	UBICACIÓN:	
MODELO:	Harvard Trip		
SERIE:	1400/1500		
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	N/A		N/A
ID:	N/A		
FRECUENCIA: ANUAL (Técnico especializado).			1
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.		✓
2	Efectuar limpieza integral externa del equipo.		✓
3	Revisar que la báscula cuente con todos sus componentes (tallímetro, pesas, plataforma).		✓
4	Efectuar limpieza integral interna del equipo.		✓
5	Inspeccionar el sistema mecánico y eléctrico o electrónico según corresponda.		✓
6	Lubricar el sistema mecánico.		✓
7	Verificar la calibración de "cero" de la báscula, si es necesario reajuste.		✓
8	Verificar la calibración de la báscula con un peso conocido.		✓
9	Verificar el funcionamiento del equipo en conjunto con el operador.		✓
OBSERVACIONES			

PERIODO	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR ÁREA U OPERADOR:
1RO	<i>Nelson Lebrón</i>	29/09/2022	<i>[Firma]</i>

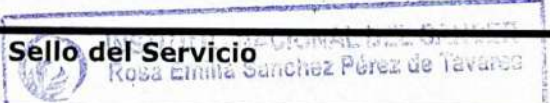
INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

ÁREA U OPERADOR: BANCO DE SANGRE

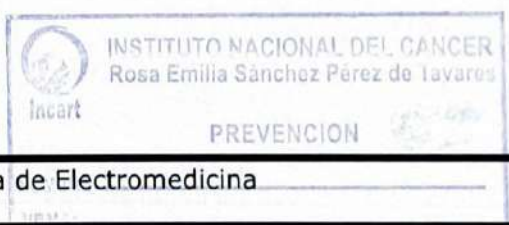
NOMBRE: _____

FIRMA: _____

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	Kotador	Área	Banco de sangre
Marca	XH-B	Ubicación	
Modelo	Vortex		
Serie	N/A		
Rótulo	N/A		
Item	N/A		N/A
Descripción del Mantenimiento			
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Correctivo <input type="checkbox"/>	
<p>Se revisaron las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo. Revisión conexiones eléctricas Limpieza integral completa. Verificación de funcionamiento de las partes mecánicas. Verificación de controles.</p>			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre: <i>Laura Niver</i>		 BANCO DE SANGRE NOMBRE: <i>Laura</i> FIRMA: <i>Laura</i>	
Firma: <i>Laura</i>			
Usos Exclusivos para el Área de Electromedicina			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: <i>Nelson Lebrón</i>		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>Nelson</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización:		Crítico <input type="checkbox"/>	

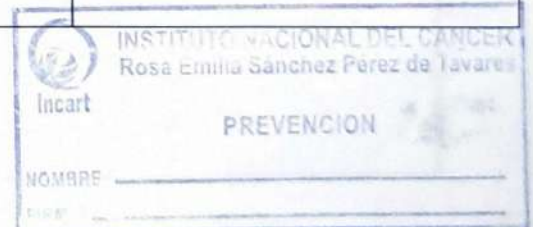
Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	Como Guadalupe	Área	Prevenición #5
Marca	Sanaclic	Ubicación	Consulta P ^{ra} Nivel
Modelo	N/A		
Serie	N/A		
Rótulo	N/A		
Item	N/A		
Descripción del Mantenimiento			
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Correctivo <input type="checkbox"/>	
<p>* Verificación del estado físico de la Camara - no está apto</p> <p>* Limpieza externa de la Camara</p> <p>* Limpieza interna de la Camara</p> <p>* Lubricación de las partes mecánicas de la Camara</p> <p>* Se desmonta parte la Camara para mantenimiento al motor 2 días con la Camara para funcionamiento correctamente. y el aceite, Tapiza.</p>			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre:			
Firma: <i>Doña Natalia Frías</i>			
Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina _____			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: <i>Tomas Fernández</i>		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>Tomas Fernández</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: 15/07/2022		Crítico <input type="checkbox"/>	

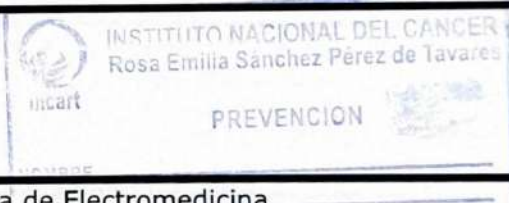
Rutina de Mantenimiento Preventivo para Lámpara de Examen

EQUIPO:	LÁMPARA DE EXAMEN	ÁREA:	Preventivo #6	
MARCA:	Mitus	UBICACIÓN: Consultorio del Príncipe Real		
MODELO:	Foco 2000			
SERIE:	09-0372412			
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	N/A			
ID:	N/A			
FRECUENCIA: SEMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.		✓	
2	Efectuar limpieza integral externa.		✓	
3	Inspeccionar el cuerpo y la base del equipo.		✓	
4	Revisar la pantalla reflejante.		✓	
5	Verificar el cable de alimentación.		✓	
6	Verificar el interruptor de encendido/apagado.		✓	
7	Verificar posicionamiento y flexibilidad de la lámpara.		✓	
8	Lubricar rodos.		✓	
9	Verificar el voltaje en el bombillo o foco.		✓	
10	Efectuar un reapriete de tuercas y tornillos (si es necesario).		✓	
11	Verificar el funcionamiento del equipo.		✓	
OBSERVACIONES				

SEMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA REALIZACIÓN:	DE	FIRMA DEL SUPERVISOR ÁREA U OPERADOR:
1RO	<i>Tamara F. ...</i>	12/07/2022		<i>Dña. Natalia Fries</i>
2DO				



Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	Como Ginecologías	Área	
Marca	Wendelise	Preparación # 6	
Modelo	NIA	Ubicación	
Serie	NIA	Consultorio Pr. 2001	
Rótulo	NIA		
Item	NIA		
Descripción del Mantenimiento			
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Correctivo <input type="checkbox"/>	
<p>* Verificación del estado físico de la Cuna</p> <p>* Limpieza externa de la Cuna</p> <p>* Limpieza interna de la Cuna</p> <p>* Lubricación de las Partes móviles de la Cuna</p> <p>* Se recomendó pintar la Cuna por mantenimiento al menos 2 días con la Cuna para ser devuelto correctamente.</p> <p>* Tapizar la Cuna.</p>			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre:			
Firma: <i>Dr. Dr. Natalia Frios</i>			
Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina _____			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: <i>Tomás Fernández</i>		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>Tomás Fernández</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: <i>12/07/2022</i>		Crítico <input type="checkbox"/>	

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	Camu Fisiológico	Área	Prevenión # 6
Marca	Sanofi	Ubicación	Consulta Primer nivel
Modelo	N/A		
Serie	N/A		
Rótulo	N/A		
Item	N/A		

Preventivo **Correctivo**

Descripción del Mantenimiento

* Al verificar la Camu se el mantenimiento Preventivo esto se cuenta con datos técnicos.

* Se comprobó de la Camu no es adecuado para el paciente y corre el riesgo de lesionarse

* Se Compro Presenta múltiples defectos mecánicos y físicos por lo que se recomendó el Reemplazo de los mismos.

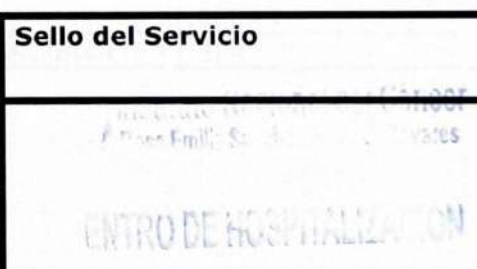
Recibido por (Responsable del Área)	Sello del Servicio
--	---------------------------

Nombre:	
Firma: <i>Dña Natalia Torres</i>	

Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina

Realizado por	Prioridad:
Nombre: <i>Tamara Ferrández</i>	Regular <input type="checkbox"/>
Firma: <i>Tamara Ferrández</i>	Urgente <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha de Realización: 12/07/2022	Crítico <input type="checkbox"/>

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	Monitor signos vitales	Área	Hospitalización
Marca	Contec	Ubicación	Hto Rural
Modelo	CMS 8000		
Serie	20031400002		
Rótulo	N/A		
Item	N/A		
Descripción del Mantenimiento Preventivo <input checked="" type="checkbox"/> Correctivo <input type="checkbox"/>			
x Verificación del estado físico del equipo ≠ Verificación de los perfiles del equipo (Cables EKG, AC, espaldas y Spoz). x Limpieza externa de los perfiles y del equipo. x Prueba de funcionamiento del equipo.			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre: <i>Laudy Serrano</i>			
Firma: <i>Laudy Serrano</i>			
Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: <i>Torres Fernández</i>		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>Torres Fernández</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: 27/09/2022		Crítico <input type="checkbox"/>	



Rutina de Mantenimiento Preventivo para Lámpara de Examen

EQUIPO:		LÁMPARA DE EXAMEN	ÁREA:	
MARCA:		Milby	Hospitalización	
MODELO:		Foco 2000		
SERIE:		09-0872412		
NO. INVENTARIO TÉCNICO:		N/A		
ID:		N/A		
FRECUENCIA: SEMESTRAL. (Técnico especializado).			1	2
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.		✓	
2	Efectuar limpieza integral externa.		✓	
3	Inspeccionar el cuerpo y la base del equipo.		✓	
4	Revisar la pantalla reflejante.		✓	
5	Verificar el cable de alimentación.		✓	
6	Verificar el interruptor de encendido/apagado.		✓	
7	Verificar posicionamiento y flexibilidad de la lámpara.		✓	
8	Lubricar rodos.		✓	
9	Verificar el voltaje en el bombillo o foco.		✓	
10	Efectuar un reapriete de tuercas y tornillos (si es necesario).		✓	
11	Verificar el funcionamiento del equipo.		✓	
OBSERVACIONES				

SEMESTRE	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR ÁREA U OPERADOR:
1RO	Tamara Brando	29/09/2022	Randy Sousa
2DO			



Rutina de Mantenimiento Preventivo para Báscula o Balanza Mecánica

EQUIPO:	BASCULA O BALANZA MECÁNICA.	ÁREA:	Hospitalización
MARCA:	Sibel	UBICACIÓN:	
MODELO:	MB 201 Plus		
SERIE:	502-147		4to nivel
NO. INVENTARIO TÉCNICO:	N/A		
ID:	N/A		
FRECUENCIA: ANUAL (Técnico especializado).			1
1	Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.		✓
2	Efectuar limpieza integral externa del equipo.		✓
3	Revisar que la báscula cuente con todos sus componentes (tallímetro, pesas, plataforma).		✓
4	Efectuar limpieza integral interna del equipo.		✓
5	Inspeccionar el sistema mecánico y eléctrico o electrónico según corresponda.		✓
6	Lubricar el sistema mecánico.		✓
7	Verificar la calibración de "cero" de la báscula, si es necesario reajuste.		✓
8	Verificar la calibración de la báscula con un peso conocido.		✓
9	Verificar el funcionamiento del equipo en conjunto con el operador.		✓
OBSERVACIONES			

PERIODO	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO:	FECHA DE REALIZACIÓN:	FIRMA DEL SUPERVISOR ÁREA U OPERADOR:
1RO	Taufel Fernández	29/09/2022	Laudy Soto

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	<i>Camilla de Consulta.</i>	Área	
Marca	<i>Inmoclinic</i>	Ubicación	<i>Consultorio 2do nivel</i>
Modelo	<i>N/A</i>		
Serie	<i>N/A</i>		
Rótulo	<i>102-0376-0005</i>		
Item	<i>09050000100548</i>		<i>oncología médica 3</i>
Descripción del Mantenimiento			
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Correctivo <input type="checkbox"/>	
<i>Mantenimiento externo, lubricación y desinfección.</i>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="width: 45%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100%;"></div> </div>			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre:			
Firma:			
Usos Exclusivos para el Área de Electromedicina			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre:		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma:		Urgente <input type="checkbox"/>	
		Crítico <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización:			

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

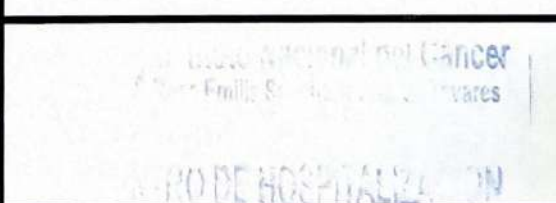
Equipo	<i>Camilla de Consulta</i>	Área	
Marca	<i>N/A</i>	Ubicación	<i>Consultorio 2do nivel</i>
Modelo	<i>N/A</i>		
Serie	<i>N/A</i>	<i>Endocrinología</i>	
Rótulo	<i>N/A</i>		
Item	<i>N/A</i>		
Descripción del Mantenimiento			
Preventivo <input checked="" type="checkbox"/>		Correctivo <input type="checkbox"/>	
<i>Mantenimiento externo, lubricación y desinfección</i>			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre:			
Firma:			
Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre:		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma:		Urgente <input type="checkbox"/>	
		Crítico <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización:			



Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	Verificación después de veritas	Área	Hospitalización
Marca	SCuller y	Ubicación	HTO Saúl
Modelo	Arquis EcmPhy		
Serie	78006 229		
Rótulo	N/A		
Item	N/A		
<p>Preventivo <input checked="" type="checkbox"/> Correctivo <input type="checkbox"/></p> <p>Descripción del Mantenimiento</p> <p>* Verificación del estado físico del equipo</p> <p>* Verificación de los papeles del equipo (Cables EKG, AC, refugio y SPO2)</p> <p>* Limpieza externa de los papeles y del equipo.</p> <p>* Prueba de funcionamiento del equipo.</p>			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre: Randy Souero			
Firma: Randy Souero			
Usos Exclusivos para el Área de Electromedicina _____			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: Tereza Ferrioli		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: Tereza Ferrioli		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: 27/09/2022		Crítico <input type="checkbox"/>	

Reporte de Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Equipo	AMP/Neckon	Área	Hospital SRS
Marca	Herzill	Ubicación	
Modelo	VFAC		
Serie	24324-20-010		
Rótulo	N/A		
Item	N/A		
Descripción del Mantenimiento Preventivo <input checked="" type="checkbox"/> Correctivo <input type="checkbox"/>			
<ul style="list-style-type: none"> * Verificación del estado físico del equipo * Verificación de los parámetros del equipo (batería, filtro y AC) * Limpieza externa del equipo. * Prueba de funcionamiento * Se recomienda el cambio del filtro del equipo 			
Recibido por (Responsable del Área)		Sello del Servicio	
Nombre: <i>Laudy E. Sousa</i>			
Firma: <i>Laudy Sousa</i>			
Uso Exclusivo para el Área de Electromedicina			
Realizado por		Prioridad:	
Nombre: <i>Toumas Fernand</i>		Regular <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: <i>Toumas Fernand</i>		Urgente <input type="checkbox"/>	
Fecha de Realización: <i>29/09/2022</i>		Crítico <input type="checkbox"/>	