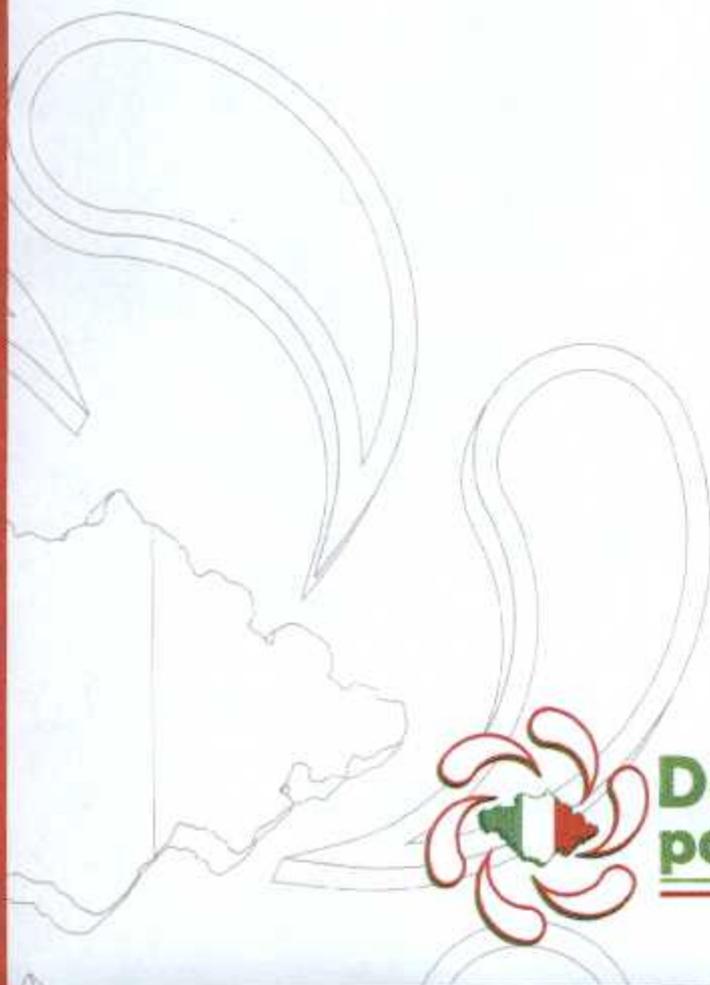




TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2016

SALUD DE TLAXCALA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR EL
MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPO
MÉDICO Y ELECTROMECAÁNICO EN CENTROS DE SALUD.**



**Desarrollo
para Todos**

Mayo 2016



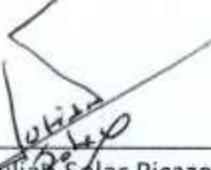
AUTORIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

En cumplimiento a los artículos 20 y 21 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala; los artículos 5, 28 y 30 de la Ley de las Entidades Paraestatales del Estado de Tlaxcala; y a los artículos 10, 18, 19, 20, 21 y 24 del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala; se elaboró el presente Manual de Procedimientos para solicitar el mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipo médico y electromecánico en centros de salud, para su debida observancia y se aprobó el día 02 del mes de Mayo del 2016.

REVISÓ



Ing. Néstor Fernando del Razo Hernández
Jefe de la Oficina de Servicios Generales



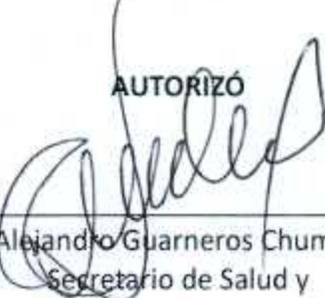
Ing. Braulio Julián Solar Picazo
Jefe del Departamento de Infraestructura
en Salud

APROBÓ



Ing. Jesús Téllez Téllez
Encargado de la Dirección de
Infraestructura y Desarrollo

AUTORIZÓ



Dr. Alejandro Guarneros Chumacero
Secretario de Salud y
Director General de Salud de Tlaxcala

02 MAYO 2016



CONTENIDO

1. Introducción	3
2. Marco Jurídico Administrativo	4
3. Relación de procedimientos.....	6
4. Política de Calidad	6
5.- Descripción de procedimientos por área	7
5.1 Solicitudes de mantenimiento preventivo a equipos médicos y electromecánicos. 7	
5.2 Solicitudes de mantenimiento correctivo a equipos médicos y electromecánicos. 11	
6. Anexos	18
7. Glosario	69

02 MAYO 2016



1. Introducción

El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la necesidad del mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico en los Centros de Salud, considerando la estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinear la gestión administrativa de las áreas involucradas en el procedimiento.

Se tiene por objeto mejorar el proceso de mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipo médico en los Centros de Salud, para que se pueda atender a los usuarios de los servicios de salud en forma oportuna. El documento proporciona al personal de las áreas del Departamento de Conservación y Servicios Generales, los elementos básicos de carácter técnico-administrativo, que permitan mejorar su desempeño.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencias, organización, liderazgo y productividad.

El esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población tlaxcalteca.

02 MAYO 2016



2. Marco Jurídico Administrativo

Disposiciones Constitucionales:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 05/02/1917 Última Reforma 07/07/2014.
2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala.
P.O. 04/02/1982 Última Reforma 01/05/2004.

Leyes Federales:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29/12/1976. Última Reforma D.O.F. 19/03/2015.
3. Ley General de Salud.
D.O.F. 07/02/1984. Última Reforma D.O.F. 17/03/2015.
4. Ley Federal del Procedimiento Administrativo.
D.O.F. 04/08/1994. Última Reforma D.O.F. 09/04/2012.
7. Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 4/01/2000. Última Reforma D.O.F. 10/11/2014.
9. Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 14/05/1986. Última Reforma D.O.F. 11/08/2014.
11. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
D.O.F. 13/03/2002 Última Reforma D.O.F. 14/07/2014.
12. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11/06/2002. Última Reforma D.O.F. 14/07/2014.

Leyes Estatales:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala.
P.O. 07/04/1998 Última Reforma P.O. 24/12/2014.
2. Ley de Salud del Estado de Tlaxcala.
P.O. 28/11/2000 Última Reforma P.O. 15/10/2014.
4. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala.
P.O. 31/12/2003. Última Reforma 19/05/2009.
6. Ley de las Entidades Paraestatales del Estado de Tlaxcala.
P.O. 13/10/1995. Reforma P.O. 17/09/2008.
7. Ley del Procedimiento Administrativo del Estado de Tlaxcala y sus Municipios.
P.O. 30/10/2001. Última reforma 29/05/2013.
8. Ley Laboral de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala y sus Municipios.
P.O. 31/12/2007. Última Reforma P.O. 06/12/2013.
9. Ley de Asistencia Social Para el Estado de Tlaxcala.

02 MAYO 2016



P.O. 31/03/2004. Última reforma 25/08/2006.

10. Ley de Archivo del Estado de Tlaxcala.

P.O. 13/05/2011. Última reforma 13/05/2011.

11. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Estado de Tlaxcala.

P.O. 06/01/2003. Última reforma 06/01/2003.

Reglamentos Federales:

1. Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

D.O.F. 20/08/2001 Última Reforma D.O.F. 28/07/2010.

2. Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

D.O.F. 11/06/2003.

3. Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

D.O.F. 26/01/1990 Última Reforma D.O.F. 23/11/2010.

Reglamentos Estatales:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.

P.O. 05/12/2012.

Acuerdos Federales:

1. Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala para la ejecución del Régimen de Protección Social en Salud.

D.O.F. 9/01/2004.

Acuerdos Estatales:

1. Acuerdo que establece las políticas generales del ejercicio del presupuesto, las medidas de mejora y modernización de la gestión administrativa y los lineamientos de austeridad del gasto público para el ejercicio fiscal 2016.

P.O. 31/12/2015.

Normas:

1. NOM-001-SSA2-1993. Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud. D.O.F. 06/12/1994.

2. NOM-178-SSA1-1998. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

02 MAYO 2016

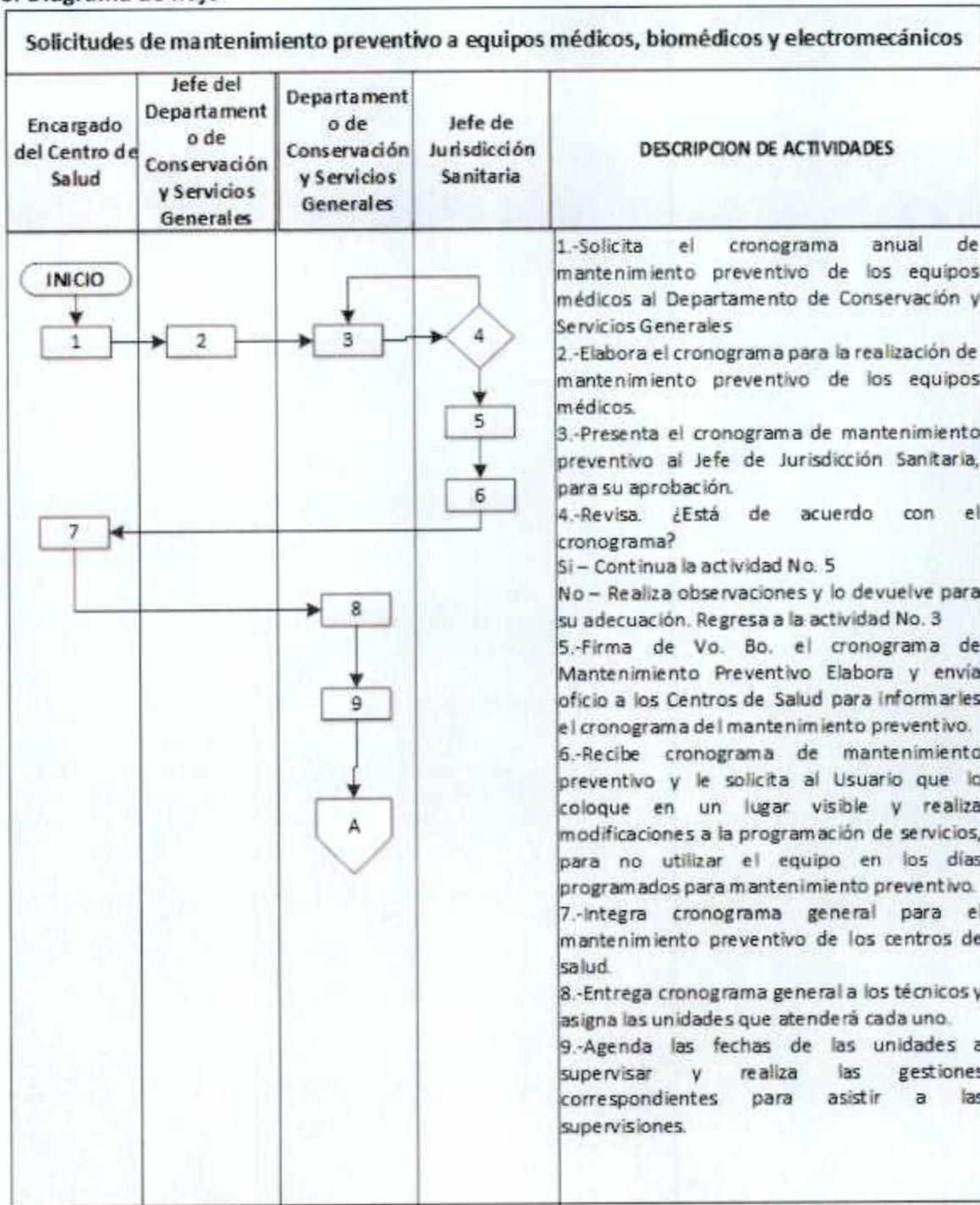


Solicitudes de mantenimiento preventivo a equipos médicos, biomédicos y electromecánicos		
Responsable	No	Descripción
Encargado del Centro de Salud	1	Solicita el cronograma anual de mantenimiento preventivo de los equipos médicos al Departamento de Conservación y Servicios Generales
Departamento de Conservación y Servicios Generales	2	Elabora el cronograma para la realización de mantenimiento preventivo de los equipos médicos.
Departamento de Conservación y Servicios Generales	3	Presenta el cronograma de mantenimiento preventivo al Jefe de Jurisdicción Sanitaria, para su aprobación.
Jefe de Jurisdicción Sanitaria	4	Revisa. ¿Está de acuerdo con el cronograma? Si – Continúa la actividad No. 5 No – Realiza observaciones y lo devuelve para su adecuación. Regresa a la actividad No. 3
Jefe de Jurisdicción Sanitaria	5	Firma de Vo. Bo. el cronograma de Mantenimiento Preventivo
Jefe de Jurisdicción Sanitaria	6	Elabora y envía oficio a los Centros de Salud para informarles el cronograma del mantenimiento preventivo.
Encargado del Centro de Salud	7	Recibe cronograma de mantenimiento preventivo y le solicita al Usuario que lo coloque en un lugar visible y realiza modificaciones a la programación de servicios, para no utilizar el equipo en los días programados para mantenimiento preventivo.
Departamento de Conservación y Servicios Generales	8	Integra cronograma general para el mantenimiento preventivo de los centros de salud.
Departamento de Conservación y Servicios Generales	9	Entrega cronograma general a los técnicos y asigna las unidades que atenderá cada uno.
Técnico de mantenimiento	10	Agenda las fechas de las unidades a supervisar y realiza las gestiones correspondientes para asistir a las supervisiones.
Técnico de mantenimiento	11	Asiste a la unidad hospitalaria en la fecha establecida a realizar el mantenimiento preventivo e instala un paquete de consumibles para el funcionamiento del equipo, según aplique. Realiza registro en la bitácora de mantenimiento preventivo.
Usuario	12	Revisa el equipo y firma de conformidad en la bitácora de mantenimiento preventivo.

02 MAYO 2016 FIN DEL PROCEDIMIENTO



6. Diagrama de flujo



02 Mayo 2016



Solicitudes de mantenimiento preventivo a equipos médicos, biomédicos y electromecánicos		
Técnico de mantenimiento	Usuario	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
<pre> graph TD A{{A}} --> 10[10] 10 --> 11[11] 11 --> 12[12] 12 --> FIN((FIN)) </pre>		<p>10.-Asiste a la unidad hospitalaria en la fecha establecida a realizar el mantenimiento preventivo e instala un paquete de consumibles para el funcionamiento del equipo, según aplique.</p> <p>11.-Realiza registro en la bitácora de mantenimiento preventivo.</p> <p>12.-Revisa el equipo y firma de conformidad en la bitácora de mantenimiento preventivo.</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO</p>

7. Formatos

- Bitácora según el mantenimiento en el apartado de Anexos.
- Orden de Servicio
- Solicitud de Servicio

02 MAYO 2016



5.2 Solicitudes de mantenimiento correctivo a equipos médicos y electromecánicos.

1. Objetivo

Definir los lineamientos y responsabilidades que permitan orientar al personal adscrito en las unidades médicas de Salud de Tlaxcala en la solicitud y seguimiento del mantenimiento preventivo de equipo médico.

2. Alcance

- Centros de Salud
- Jurisdicciones Sanitarias
- Departamento de Conservación y Servicios Generales
- Departamento de Recursos Materiales
- Departamento de Planeación y Finanzas

3. Políticas de operación

- a. El Usuario del Centro de Salud deberá tener actualizada la bitácora de cada uno de los equipos Médicos, Biomédicos y Electromecánicos.
- b. El Encargado del Centro de Salud deberá hacer de conocimiento al Departamento de Conservación y Servicios Generales de los equipos nuevos que tienen garantía.

4. Referencias normativas

- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. D.O.F. 04.01.2000 reformada D.O.F. 10.11.14
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. D.O.F. 28.07.2010

5. Descripción de actividades

Solicitudes de mantenimiento correctivo a equipos médicos, biomédicos y electromecánicos		
Responsable	Responsable	Responsable
Usuario	1	Notifica vía telefónica y mediante oficio al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria que el equipo no funciona.
Jefe de Jurisdicción Sanitaria	2	Informa a vía telefónica y mediante oficio al Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales
Jefe del	3	Designa al Técnico de Mantenimiento, que

02 MAYO 2016



Departamento de Conservación y Servicios Generales		acudirá al Centro de Salud a realizar la reparación.
Técnico de mantenimiento	4	Verifica y diagnostica la causa de la falla.
Técnico de mantenimiento	5	¿Tiene garantía vigente? Si – Continúa actividad No. 6 No - Continúa actividad No. 12
Técnico de mantenimiento	6	Informa mediante oficio y llamada telefónica al Departamento de Recursos Materiales y al Departamento de Conservación y Servicios Generales que usará la póliza de garantía. Recaba firma del Director o Administrador en el oficio.
Jefe del Departamento de Recursos Materiales	7	Contacta al fabricante para informarle de la falla y solicita la garantía.
Fabricante	8	Informa requisitos y fecha para la revisión del equipo y determinar si lo cubre la garantía.
Fabricante	9	¿Lo cubre la garantía? Si- Continúa actividad No. 10 No – Continúa actividad No. 12
Fabricante	10	Realiza reparación y prueba el equipo para verificar su funcionamiento.
Técnico de mantenimiento	11	Verifica el adecuado funcionamiento del equipo, con apoyo del usuario que deberá firmar de satisfacción e informa mediante oficio y llamada telefónica que el equipo ha sido reparado satisfactoriamente al Departamento de Recursos Materiales y al Departamento de Conservación y Servicios Generales. Recaba firma del Director o Administrador en el oficio. Fin del procedimiento.
Técnico de mantenimiento	12	¿Lo puede reparar? Si – Continúa la siguiente actividad No. 13 No – Informa al Departamento de Conservación y Servicios Generales, para contactar al contratista, continua la actividad No. 17
Técnico de mantenimiento	13	¿Requiere materiales para la reparación? Si –Continúa la actividad No. 15 No – Realiza reparación y continua la actividad No. 14

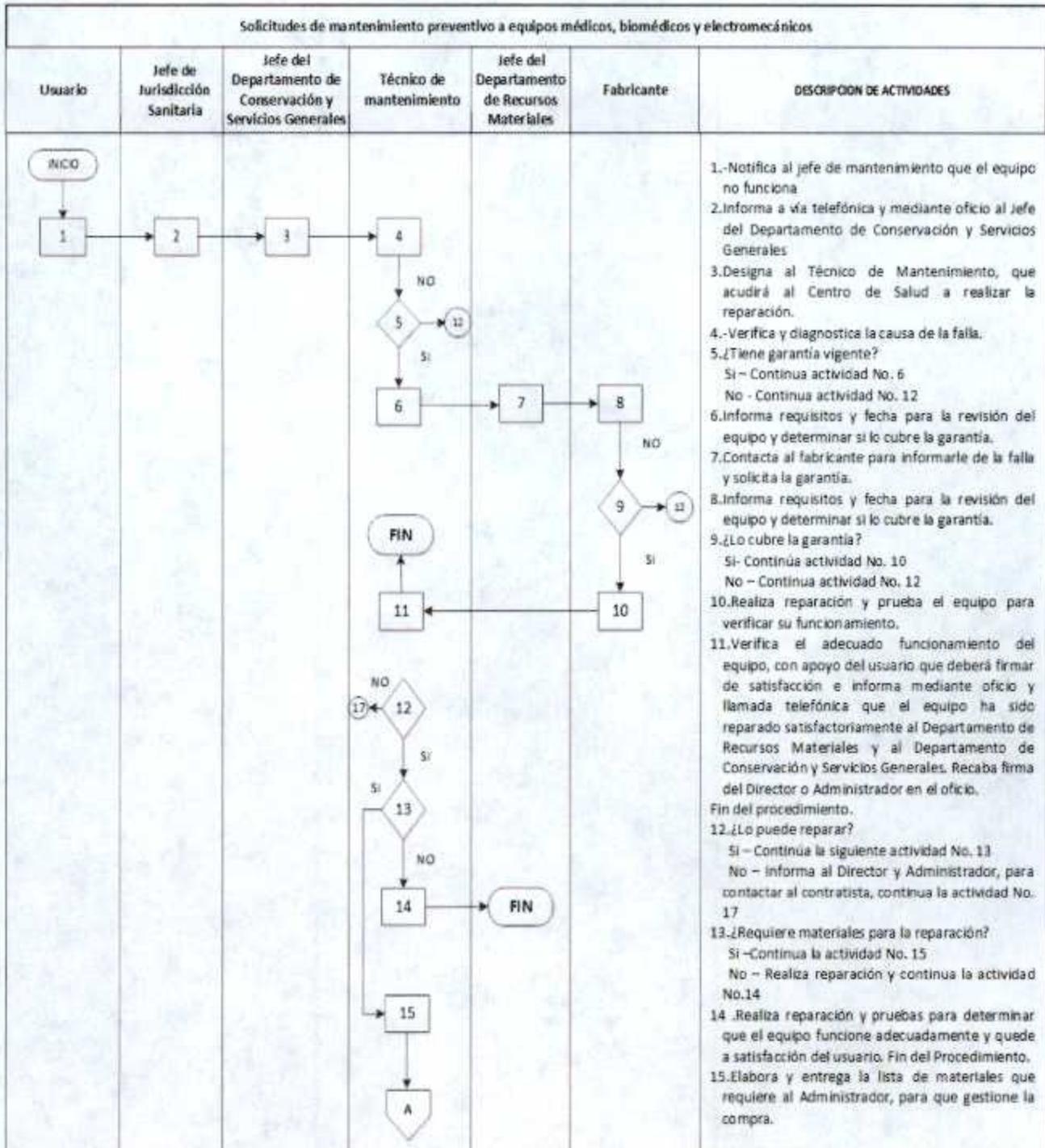


Técnico de mantenimiento	14	Realiza reparación y pruebas para determinar que el equipo funcione adecuadamente y quede a satisfacción del usuario. Fin del Procedimiento
Técnico de mantenimiento	15	Elabora y entrega la lista de materiales que requiere al Administrador, para que gestione la compra
Administrador de la Unidad Médica	16	Realiza gestiones correspondientes para la compra de los materiales para la reparación y se los entrega al Jefe de Mantenimiento. Continúa la actividad No. 14.
Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales	17	Realiza gestiones correspondientes para contratar el servicio de una Empresa para realizar el mantenimiento correctivo. Designa a un supervisor de mantenimiento para acudir a supervisar la reparación y que las refacciones que se remplacen sean nuevas y originales.
Técnico designado por el Contratista	18	Se presenta con el Jefe de Mantenimiento y acude a revisar el equipo descompuesto y genera lista de los insumos y refacciones que requiere para realizar el mantenimiento correctivo y entrega cotización al Departamento de Conservación y Servicios Generales.
Departamento de Conservación y Servicios Generales	19	Recibe y revisa cotización, ¿acepta el trabajo de mantenimiento correctivo? Si- Informa a la Empresa Contratista que acuda hacer el mantenimiento correctivo y envía mediante oficio al Director de la Unidad que se aceptó se realice el mantenimiento correctivo. Continua actividad No. 20 No – Informa a la Empresa Contratista las causas por las que considera inapropiada la cotización y pide que le entreguen otra cotización. Regresa a la actividad No. 18.
Técnico designado por el Contratista	20	Acude a realizar la reparación del equipo y se presenta con el Jefe de Mantenimiento.
Supervisor de mantenimiento	21	Supervisa la reparación efectuada por el Técnico designado por el Contratista y que las refacciones que se remplacen sean nuevas y originales.
Usuario	22	Realiza pruebas y verifica el adecuado funcionamiento, con apoyo del Jefe de

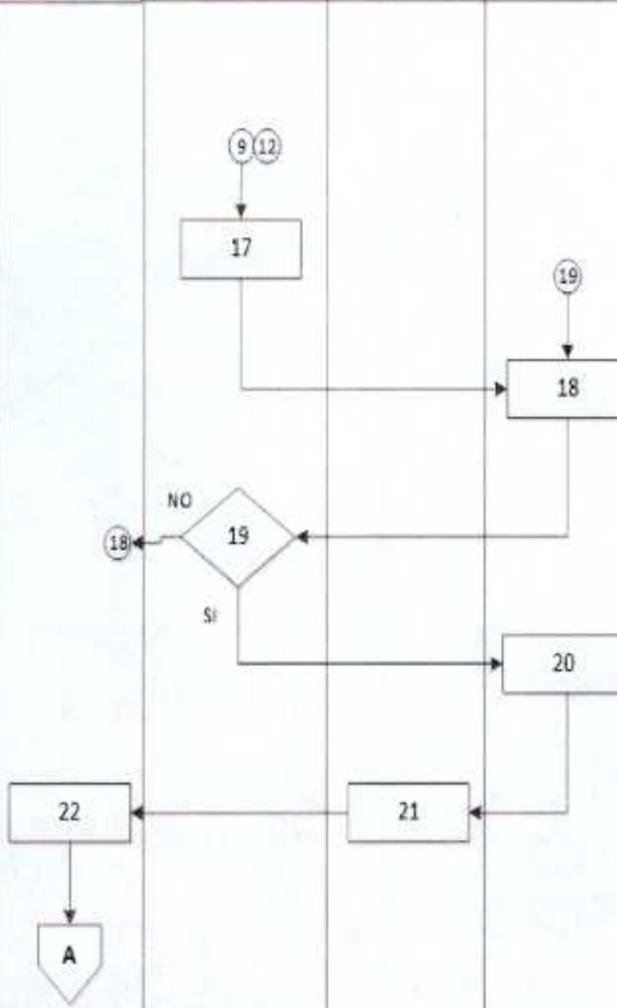


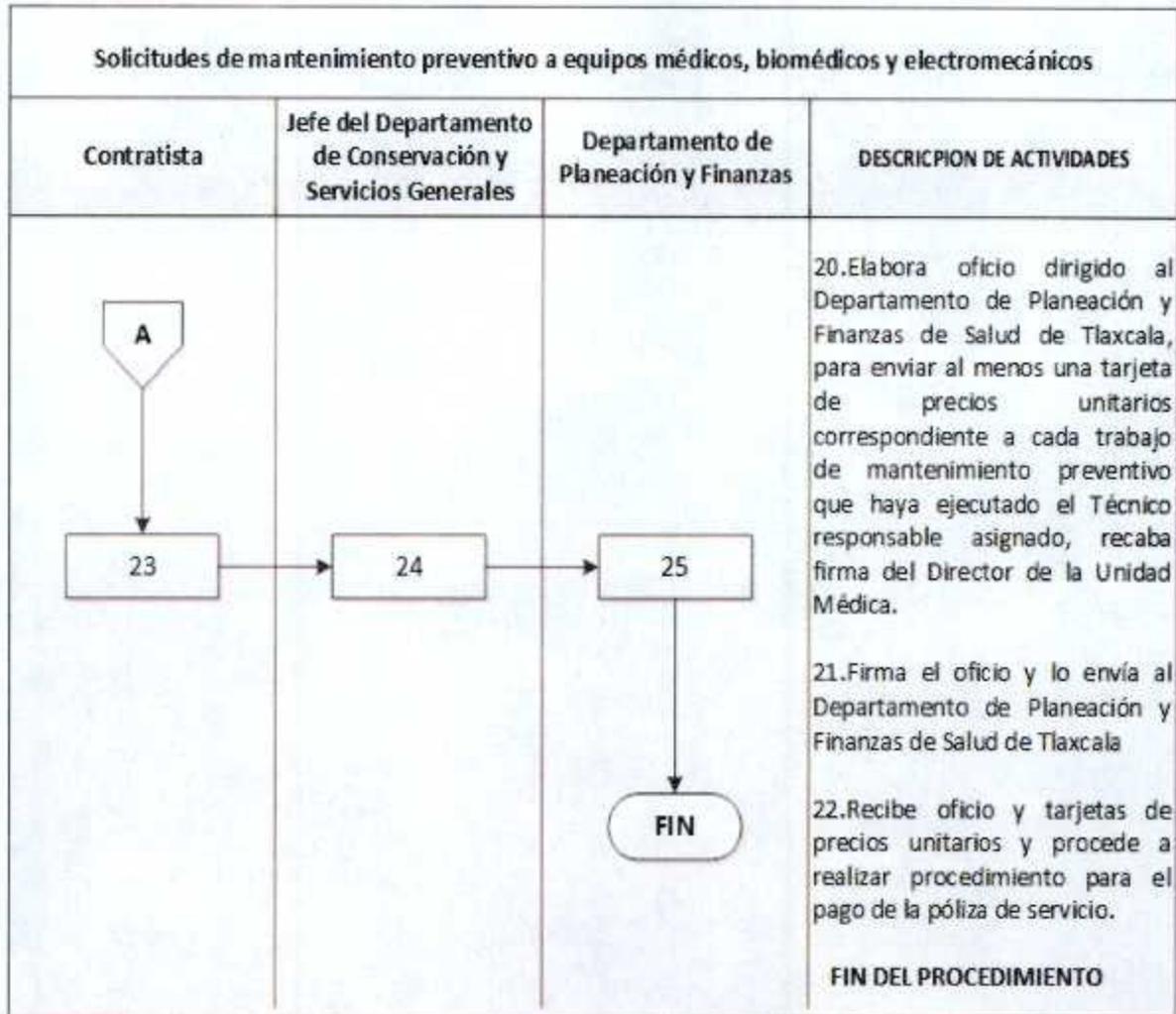
		Mantenimiento para que quede a su satisfacción. Anota en la Bitácora de Mantenimiento Correctivo.
Contratista	23	Entrega nota del costo del mantenimiento correctivo al Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales.
Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales	24	Elabora oficio dirigido al Departamento de Planeación y Finanzas de Salud de Tlaxcala, para enviar la nota correspondiente a cada trabajo de mantenimiento correctivo que haya ejecutado el Técnico responsable asignado, recaba firma del Director de la Unidad Médica
Departamento de Planeación y Finanzas	25	Recibe oficio y la nota del mantenimiento correctivo y procede a realizar procedimiento para el pago de la póliza de servicio.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de flujo



Solicitudes de mantenimiento preventivo a equipos médicos, biomédicos y electromecánicos

Usuario	Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales	Supervisor de mantenimiento	Técnico designado por el contratista	Administrador de la Unidad Médica	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
	 <p>The flowchart for the Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales starts at step 9 (12) leading to step 17. From step 17, the flow goes to step 18. From step 18, it reaches a decision diamond 19. If 'NO', it loops back to step 18. If 'SI', it goes to step 20. From step 20, it goes to step 21, then to step 22, and finally to connector 'A'.</p>			 <p>The flowchart for the Administrador de la Unidad Médica starts at connector 'A', goes to step 16, and then to step 14.</p>	<p>16. Realiza gestiones correspondientes para la compra de los materiales para la reparación y se los entrega al Jefe de Mantenimiento. Continúa la actividad No. 14.</p> <p>17. Realiza gestiones correspondientes para contratar el servicio de una Empresa para realizar el mantenimiento correctivo. Designa a un supervisor de mantenimiento para acudir a supervisar la reparación y que las refacciones que se reemplacen sean nuevas y originales.</p> <p>18. Se presenta con el Jefe de Mantenimiento y acude a revisar el equipo descompuesto y genera lista de los insumos y refacciones que requiere para realizar el mantenimiento correctivo y entrega cotización al Departamento de Conservación y Servicios Generales.</p> <p>19. Recibe y revisa cotización, ¿acepta el trabajo de mantenimiento correctivo? SI- Informa a la Empresa Contratista que acuda hacer el mantenimiento correctivo y envía mediante oficio al Director de la Unidad que se aceptó se realice el mantenimiento correctivo. Continúa actividad No. 20 No – Informa a la Empresa Contratista las causas por las que considera inapropiada la cotización y pide que le entreguen otra cotización. Regresa a la actividad No. 18.</p> <p>20. Acude a realizar la reparación del equipo y se presenta con el Jefe de Mantenimiento.</p> <p>21. Supervisa la reparación efectuada por el Técnico designado por el Contratista y que las refacciones que se reemplacen sean nuevas y originales.</p> <p>22. Realiza pruebas y verifica el adecuado funcionamiento, con apoyo del Jefe de Mantenimiento para que quede a su satisfacción. Anota en la Bitácora de Mantenimiento Correctivo.</p>



7. Formatos

- Bitácora según el mantenimiento en el apartado de Anexos
- Orden de Servicio
- Solicitud de Servicio



MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A EQUIPO MEDICO Y
ELECTROMECAÁNICO EN CENTROS DE SALUD

SALUD DE TLAXCALA

INSTRUCCIONES PARA MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS

REQUERIMIENTOS:

- Realizar peritaje a toda la instalación por un especialista en 2016 y cada 3 años.
- Revisión externa de la instalación en base a la programación de los recorridos de verificación semanal (contactos, sobrecargas, flamazos, apagado, etc.) de instalaciones eléctricas.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

02 MAYO 2016

2. BITÁCORA DE MANTENIMIENTO DEL SISTEMA HIDROSANITARIO



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2013 - 2018

SALUD DE TLAXCALA
JURISCCIÓN SANITARIA No. ___ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO

2016
FRECUECIA SEMANAL

UNIDAD MÉDICA: _____
ÁREA: _____

SISTEMA HIDROSANITARIO



ÁREAS

1. Oficinas
2. Baños de personal
3. Baños de pacientes
4. Cuarto Aseo
5. Sala X
6. Correo
7. Consultorio 1 y 2
8. Consultorio 3 y 4
9. Odontología
10. Consultorio psicología
11. Consultorio de medicina preventiva
12. Trabajo Social
13. Laboratorio
14. Farmacia
15. Almacén
16. Consultorio de nutrición
17. Almacén exterior área de almacenamiento
18. exterior: bomba de agua / sistema

	MES: _____							MES: _____							MES: _____							MES: _____						
	SEMANA DEL		AL		SEMANA DEL		AL		SEMANA DEL		AL		SEMANA DEL		AL		SEMANA DEL		AL		SEMANA DEL		AL					
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
LIMPIEZA	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;">  </div> <div style="width: 40%; text-align: center;"> <p>SALUD DE TLAXCALA JURISCCIÓN SANITARIA No. ___ TLAXCALA BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>2016 FRECUECIA SEMANAL</p> <p>UNIDAD MÉDICA: _____ ÁREA: _____</p> </div> </div>																											
FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA																												
APRIETE DE TORNERERIA																												
REVISIÓN DE FUGAS																												
REVISIÓN DE VÁLVULAS																												
MOBILIARIO FUGA ESTRUCTURA																												
REVISIÓN DE CERRAJES TANQUE BAJO																												
REVISIÓN DE CERRAJES																												
REVISIÓN DE BOMBAS DE AGUA																												
REVISIÓN DE AUTOMATICO DE BOMBA DE AGUA																												
REVISIÓN DE TARJAS																												
REVISIÓN DE MEZCLADORES																												
CUEN LO REALIZO																												
EVIDENCIA																												

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD _____

NOTA: PROGRAMADO → ← EFECTUADO

02 MAYO 2016



MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A EQUIPO MEDICO Y
ELECTROMECAÁNICO EN CENTROS DE SALUD

SALUD DE TLAXCALA

INSTRUCCIONES PARA MANTENIMIENTO DEL SISTEMA HIDROSANITARIO

REQUERIMIENTOS:

- Realizar revisión a toda la instalación por un especialista en 2016 y cada 3 años.
- Revisión externa de la instalación en base a la programación de los recorridos de verificación semanal (lavabos, tuberías, inodoros, bomba de agua, tarjas etc.) de la instalaciones hidrosanitarias.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

02 MAYO 2016

INSTRUCCIONES PARA EL MANTENIMIENTO DE MUEBLES DE OFICINA Y MOBILIARIO EN LA UNIDAD MÉDICA

El mantenimiento preventivo está definido por la Sociedad Americana para Ingeniería de Hospitales (ASHE por sus siglas en ingles), como: "limpiar, lubricar, ajustar, revisar desgaste y reemplazar componentes que pudieran causar interrupciones de funcionamiento o daño funcional serio en el mobiliario, antes de la siguiente inspección programada".

Adicionalmente al objetivo de disminuir el número de interrupciones en el servicio que proporciona, y daños en el equipo, la importancia del mantenimiento preventivo radica en ayudar a reducir el riesgo para el paciente y el usuario, que la utilización de un mobiliario biomédico implica; Uno de los factores que influye en dicho riesgo es el deterioro del equipo causado por su uso y por el tiempo de utilización, desgaste cuyo avance es posible aminorar mediante la detección oportuna y resolución de un problema leve de funcionamiento, antes de que se convierta en una falla grave y es aquí precisamente donde la aplicación de mantenimiento preventivo a mobiliarios juega un papel preponderante.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma mensual.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla de los muebles de oficina y mobiliario de la unidad médica.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

4. BITÁCORA DE RUTINA DE MANTENIMIENTO EN BAUMANÓMETROS



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
1911 - 2016

SALUD DE TLAXCALA
JURISDICCIÓN SANITARIA No. __ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016

UNIDAD MÉDICA: _____
ÁREA: _____

FRECUENCIA SEMANAL

ESFINGOMANÓMETROS



	MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____			
	S1	S2	S3	S4												
VERIFICAR ESTADO FÍSICO DE PERLAS, MANGUERA, BRAZALETE Y ESCALA																
VERIFICAR QUE NO EXISTAN FUGAS DE AIRE																
VERIFICAR FUNCIONALIDAD DE EMPAQUE																
VERIFICAR QUE SELLE HERMÉTICAMENTE EL BRAZALETE																
¿QUEN LO REALIZÓ?																
EVIDENCIA																

	MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____			
	S1	S2	S3	S4												
VERIFICAR ESTADO FÍSICO DE PERLAS, MANGUERA, BRAZALETE Y ESCALA																
VERIFICAR QUE NO EXISTAN FUGAS DE AIRE																
VERIFICAR FUNCIONALIDAD DE EMPAQUES																
VERIFICAR QUE SELLE HERMÉTICAMENTE EL BRAZALETE																
¿QUEN LO REALIZÓ?																
EVIDENCIA																

	MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____			
	S1	S2	S3	S4												
VERIFICAR ESTADO FÍSICO DE PERLAS, MANGUERA, BRAZALETE Y ESCALA																
VERIFICAR QUE NO EXISTAN FUGAS DE AIRE																
VERIFICAR FUNCIONALIDAD DE EMPAQUES																
VERIFICAR QUE SELLE HERMÉTICAMENTE EL BRAZALETE																
¿QUEN LO REALIZÓ?																
EVIDENCIA																

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOTA: PROGRAMADO →  ← EFECTUADO

INSTRUCCIONES PARA RUTINA DE MANTENIMIENTO EN BAUMANÓMETROS

Objetivo: Coordinar la funcionalidad del equipo de una manera confiable y segura en beneficio del usuario.

Instrucciones:

1. Verifique que no existan fugas de aire corrigiéndolas si las hay.
2. Verifique el estado físico de los siguientes elementos: perillas, mangueras, brazaletes y escala.
3. Cerciorase que operen en forma normal los empaques.
4. Haga limpieza de equipo.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla del equipo.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.



MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A EQUIPO MEDICO Y ELECTROMECAÁNICO EN CENTROS DE SALUD

SALUD DE TLAXCALA

INSTRUCCIONES PARA MESAS DE EXPLORACIÓN

Es un equipo de uso clínico-hospitalario, destinado para la valoración, cuidado, atención y convalecencia, de pacientes que por alteración de su salud, enfermedad infecto-contagiosa, trauma, quemaduras, estudios de diagnóstico, enfermedades crónicas y /o mentales, pre/post operatorio, (entre otros); donde el paciente permanece por periodos de tiempos indeterminados, en posicionamiento corporal específico según criterio clínico.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma mensual.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla de la mesa.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

6. BITÁCORA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AUTOCLAVE O "ESTERILIZADOR



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 2015

SALUD DE TLAXCALA
JURISCCIÓN SANITARIA No. ___ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO

2016

AUTOCLAVE Y/O ESTERILIZADOR

FRECUENCIA SEMANAL

UNIDAD MÉDICA: _____
ÁREA: _____



	MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4												
LIMPIEZA																
INSPECCIÓN VISUAL DEL ESTADO FÍSICO																
APRIETE DE TORNILLERÍA																
REVISIÓN DE CONEXIÓN																
CAMBIO DE TUBOS Y FILTROS																
¿QUIÉN LO REALIZÓ																
EVIDENCIA																

	MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4												
LIMPIEZA																
INSPECCIÓN VISUAL DEL ESTADO FÍSICO																
APRIETE DE TORNILLERÍA																
REVISIÓN DE CONEXIÓN																
CAMBIO DE TUBOS Y FILTROS																
¿QUIÉN LO REALIZÓ																
EVIDENCIA																

	MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4												
LIMPIEZA																
INSPECCIÓN VISUAL DEL ESTADO FÍSICO																
APRIETE DE TORNILLERÍA																
REVISIÓN DE CONEXIÓN																
CAMBIO DE TUBOS Y FILTROS																
¿QUIÉN LO REALIZÓ																
EVIDENCIA																

OBSERVACIONES: _____

NOTA PROGRAMADO →  ← EFCTUADO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

INSTRUCCIONES PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO AUTOCLAVE O "ESTERILIZADOR"

La autoclave es un que **se utiliza para esterilizar**. Por esterilizar se entiende la destrucción o eliminación de toda forma de vida microbiana (incluyendo esporas) presente en objetos inanimados mediante procedimientos físicos, químicos o gaseosos

1. Limpiar el filtro del drenaje de la cámara de esterilización. Retirar cualquier residuo retenido en él.
2. Limpiar internamente la cámara de esterilización, utilizando productos de limpieza que no contengan cloro. Incluir en la limpieza las guías de las canastas usadas para colocar los paquetes.
3. Limpiar con una solución acetificada, si se esterilizan soluciones con cloro. El cloro causa corrosión incluso en implementos de acero inoxidable. Lavar a continuación con agua abundante.
4. Limpiar las superficies externas inoxidables con un detergente suave. Eventualmente, podría utilizarse un solvente como el cloro, procurando que este no entre en contacto con superficies que tengan recubrimientos de pintura, señalizaciones o cubiertas plásticas.
5. En autoclaves con puerta de accionamiento manual, verificar que los mecanismos ajustan bien y que su operación es suave.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla del equipo.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

7. BITÁCORA DE COMPRESOR DENTAL



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011-2016

SALUD DE TLAXCALA
JURISCCIÓN SANITARIA No. _____
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016
FRECUENCIA SEMANAL

UNIDAD MÉDICA: _____

COMPRESOR DE AIRE DENTAL



	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																
LIMPIEZA GENERAL	/																			
REVISAR EMPAQUES PARA EVITAR FUGAS	/																			
REVISAR QUE LOS MANÓMETROS SE ENCUENTREN EN BUEN ESTADO	/																			
REVISAR QUE LAS MANGUERAS ESTÉN EN BUEN ESTADO	/																			
REVISAR FUNCIONALIDAD DE PEEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD	/																			
LIMPIAR JERINGA TRIPLE	/																			
LUBRICAR EL MICROMOTOR DE ACEITE	/																			
QUITAR EL AGUA BLANCA DEL COMPRESOR (DEBUEGA)	/																			
REVISAR NIVEL DE ACEITE	/																			
VERIFICAR EL CICLO DEL COMPRESOR	/																			
QUIEN LO REALIZÓ	/																			
EVIDENCIA	/																			

COMPRESOR DENTAL

Marca: _____

Modelo: _____

No. serie: _____

Dimensiones: _____

No. De inventario: _____

Peso: _____

Operación: _____

Voltaje: _____

Watts: _____

Hertz: _____

Pedido: _____

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																
LIMPIEZA GENERAL	/																			
REVISAR EMPAQUES PARA EVITAR FUGAS	/																			
REVISAR QUE LOS MANÓMETROS SE ENCUENTREN EN BUEN ESTADO	/																			
REVISAR QUE LAS MANGUERAS ESTÉN EN BUEN ESTADO	/																			
REVISAR FUNCIONALIDAD DE PEEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD	/																			
LIMPIAR JERINGA TRIPLE	/																			
LUBRICAR EL MICROMOTOR DE ACEITE	/																			
QUITAR EL AGUA BLANCA DEL COMPRESOR (DEBUEGA)	/																			
REVISAR NIVEL DE ACEITE	/																			
VERIFICAR EL CICLO DEL COMPRESOR	/																			
QUIEN LO REALIZÓ	/																			
EVIDENCIA	/																			

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD NOTA: PROGRAMADO →  ← EFECTUADO

02 MAYO 2016

**MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A EQUIPO MEDICO Y
ELECTROMECAÁNICO EN CENTROS DE SALUD
INSTRUCCIONES DE COMPRESOR DENTAL**

Los **Compresores para Dentista** tienen una función vital en el consultorio dental ya que provee una de las tres energías que activan los sistemas de la unidad y aparatología dental.

Recomendaciones dirigidas a operadores y asistentes de las clínicas dentales:

1. Revisar empaques para evitar fugas de aire
2. Revisar que los manómetros se encuentren en buen estado
3. Revisar que las mangueras estén en buen estado
4. Revisar funcionalidad de la pieza BAJA Y ALTA Y DEMANO
5. Limpiar jeringa triple
6. Lubricar el micro motor con aceite Titán.
7. Quitar el agua blanca del compresor con la válvula que se encuentra en la parte baja de éste.
8. Verificar que la presión sobre la pieza de mano se encuentre entre 30 y 38 PSI en el manómetro del módulo dental.
9. Revisar periódicamente el nivel de aceite del compresor.
10. Solicitar el cambio de aceite a Mantenimiento cada tres meses.
11. Verificar el ciclo de trabajo del compresor y esperar que haga el desalojo.
12. Verificar que el cable de lámpara no esté roto.
13. No tocar con las manos el bombillo de la lámpara.
14. Revisar las partes mecánicas de lámpara tipo halógena.
15. La limpieza del escupidor debe hacerse con DETERGENTE, LEJIA y AGUA.
16. Lavar el eyector de salida todos los días con AGUA y DETERGENTE en abundancia.
17. Cada vez que el técnico de mantenimiento se encuentre reparando el equipo, pídale por favor que haga el lavado de la pieza de mano y desinfección del mismo.
18. Cuando escuche fuga de aire en las partes neumáticas reportarla al área correspondiente.
19. PROHIBIR que personas particulares toquen el equipo odontológico en general.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla del equipo.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

8. BITÁCORA DE RUTINA DE MANTENIMIENTO EN PUERTAS Y VENTANAS



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2016

SALUD DE TLAXCALA
JURISCIÓN SANITARIA No. __ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016
FRECUENCIA MENSUAL

UNIDAD MÉDICA: _____
ÁREA: _____

PUERTAS Y VENTANAS



	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA GENERAL	/																							
VERIFICAR QUE LA CHAPA OPERE CORRECTAMENTE	/																							
LUBRIQUE PERFECTAMENTE LAS BISAGRAS	/																							
APRIETE TORNILLOS Y REPONGA LOS FALTANTES	/																							
CERCIÓRESE QUE LA PUERTA NO ARRASTRE	/																							
COLOQUE TOPES DE PISO FALTANTES	/																							
VERIFICAR QUE NO SE ENCUENTREN VIDEOS ROTOS	/																							
VERIFICAR ENSAMBLE SIN FORZARLA	/																							
¿QUIEN LO REALIZÓ?	/																							
EVIDENCIA	/																							

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA GENERAL	/																							
VERIFICAR QUE LA CHAPA OPERE CORRECTAMENTE	/																							
LUBRIQUE PERFECTAMENTE LAS BISAGRAS	/																							
APRIETE TORNILLOS Y REPONGA LOS FALTANTES	/																							
CERCIÓRESE QUE LA PUERTA NO ARRASTRE	/																							
COLOQUE TOPES DE PISO FALTANTES	/																							
VERIFICAR QUE NO SE ENCUENTREN VIDEOS ROTOS	/																							
VERIFICAR ENSAMBLE SIN FORZARLA	/																							
¿QUIEN LO REALIZÓ?	/																							
EVIDENCIA	/																							

PUERTAS DE MADERA

1. Consultorio
2. Laboratorio
3. Archivo
4. Farmacia
5. Baños
6. Oficinas
7. Toma de Muestras
8. Rayos X
9. Cuartos de aseo

PUERTAS DE ALUMINIO

10. Puerta principal Unidad
11. Dirección
12. Trabajo social
13. Puerta principal
14. Almacén
15. Cocina
16. Vigilancia

PUERTAS DE FIERRO

17. Entrada principal
18. Planta de R.P.B.I.

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD _____

NOTA: PROGRAMADO → ← EFECTUADO

INSTRUCTIVO DE RUTINA DE MANTENIMIENTO EN PUERTAS Y VENTANAS

Objetivo: Vigilar el uso y el correcto funcionamiento de estas, así como mantenerla en perfecto estado, en beneficio del personal que elabora en la unidad y a la vez del usuario.

1. Opere la chapa, verificando que opere el seguro y que abra y cierre su llave, lubricándola debidamente.
2. Apriete la contra y chapetones, reponiendo los elementos faltantes.
3. Lubrique perfectamente las bisagras, accionando la puerta para que penetre debidamente el aceite. -
4. Apriete todos los tornillos y reponga los faltantes.
5. Cerciórese de que la puerta no arrastre, problema que si no se corrige apretando bisagras y anclajes, generará su reporte respectivo.
6. Verifique funcionamiento de los cierra puertas lubricándolos y ajustándolos.
7. Coloque topes de piso faltantes o reponga las gomas, según sea el caso.
8. En el caso de puertas, ventanales o ventanas de cristal, si éste se encuentra roto, genere el reporte correspondiente para su reposición.
9. Verifique su estado físico en general, que no esté rayada, la pintura en buenas condiciones, que ensamble perfectamente al cerrar sin forzarla, condiciones que de no cumplirse, genere el reporte correspondiente.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma mensual.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla de puertas y ventanas.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

9. BITÁCORA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE PINTURAS

SALUD DE TLAXCALA
JURISCIÓN SANITARIA No. __ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016
FRECUENCIA MENSUAL

UNIDAD MÉDICA: _____
ÁREA: _____

MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE PINTURA



	MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
LIMPIEZA EL ÁREA A FONDO	INSPECCIÓN VISUAL (BUSQUEDA DE DEGRADO Y FALLAS O DEFECTOS DE PINTURA) REALIZAR PRUEBAS PARA DETERMINAR SI HAY POLVO REALIZAR REPARACIONES SEGUN EL CASO BÚSQUDA DE NUEVOS INDICIOS DE DEGRADO QUEN LO REALIZO EVIDENCIA															
INSPECCIÓN VISUAL (BUSQUEDA DE DEGRADO Y FALLAS O DEFECTOS DE PINTURA)																
REALIZAR PRUEBAS PARA DETERMINAR SI HAY POLVO																
REALIZAR REPARACIONES SEGUN EL CASO																
BÚSQUDA DE NUEVOS INDICIOS DE DEGRADO																
QUEN LO REALIZO																
EVIDENCIA																

	MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
LIMPIEZA EL ÁREA A FONDO	INSPECCIÓN VISUAL (BUSQUEDA DE DEGRADO Y FALLAS O DEFECTOS DE PINTURA) REALIZAR PRUEBAS PARA DETERMINAR SI HAY POLVO REALIZAR REPARACIONES SEGUN EL CASO BÚSQUDA DE NUEVOS INDICIOS DE DEGRADO QUEN LO REALIZO EVIDENCIA															
INSPECCIÓN VISUAL (BUSQUEDA DE DEGRADO Y FALLAS O DEFECTOS DE PINTURA)																
REALIZAR PRUEBAS PARA DETERMINAR SI HAY POLVO																
REALIZAR REPARACIONES SEGUN EL CASO																
BÚSQUDA DE NUEVOS INDICIOS DE DEGRADO																
QUEN LO REALIZO																
EVIDENCIA																

	MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
LIMPIEZA EL ÁREA A FONDO	INSPECCIÓN VISUAL (BUSQUEDA DE DEGRADO Y FALLAS O DEFECTOS DE PINTURA) REALIZAR PRUEBAS PARA DETERMINAR SI HAY POLVO REALIZAR REPARACIONES SEGUN EL CASO BÚSQUDA DE NUEVOS INDICIOS DE DEGRADO QUEN LO REALIZO EVIDENCIA															
INSPECCIÓN VISUAL (BUSQUEDA DE DEGRADO Y FALLAS O DEFECTOS DE PINTURA)																
REALIZAR PRUEBAS PARA DETERMINAR SI HAY POLVO																
REALIZAR REPARACIONES SEGUN EL CASO																
BÚSQUDA DE NUEVOS INDICIOS DE DEGRADO																
QUEN LO REALIZO																
EVIDENCIA																

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOTA: PROGRAMADO → EFECTUADO ←

INSTRUCTIVO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE PINTURAS.

Cuando un trabajo incluye la reparación de una superficie pintada, es importante corregir la causa del daño, o el daño ocurrirá de nuevo. Las siguientes condiciones son ejemplos de causas potenciales de daño a las superficies pintadas. Trate de planear el trabajo para que se corrijan estas condiciones cuando ellas se han presentado.

Humedad del exterior, Goteras en el techo, condensación en el desván o ático de la casa a causa de mala ventilación, Goteras en la cañería.

Frotación e impacto en las superficies pintadas

Las puertas que se pegan al marco; las paredes y molduras pintadas sin protección; el frotamiento o la fricción de abrir y cerrar las ventanas pintadas.

Lugares de acumulación de polvo y escamas de pintura

Donde sea posible, repare o elimine lugares en donde el polvo y las escamas de pintura puedan acumularse y no limpiarse con facilidad

Daños estructurales

A veces el daño a las superficies puede ser causado por el daño estructural, tal como la descomposición de la madera (la putrefacción o la madera carcomida), las termitas, el asiento de los cimientos, y el desplazamiento lateral de los cimientos. Estos problemas deben abordarse y resolverse antes de realizarse las reparaciones a las superficies.

Los responsables de los inmuebles deben revisar con regularidad las superficies pintadas en donde se han realizado mantenimiento o mejoramientos. Compruebe para determinar si...

- Están presentes nuevos indicios de deterioro o fallas de pintura.
- Se corrigió la causa del problema.
- Realice las reparaciones, según el caso, para mantener las superficies en condiciones lisas y fáciles de limpiar.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma mensual.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla de pintura.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

10. BITÁCORA DE SILLÓN DENTAL



TLAXCALA
 GOBIERNO DEL ESTADO
 2013 2018

SALUD DE TLAXCALA
 JURISCCIÓN SANITARIA No. _____
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
 2016
FRECUENCIA SEMANAL

UNIDAD MÉDICA: _____

SILLON DENTAL



	MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____			
	S1	S2	S3	S4																				
REVISIÓN DE UN PIEZA																								
REVISAR EL AJUSTE DE LOS BRAZOS EN LA BAJADA Y SUBIDA DEL SILLÓN																								
REVISAR LA BASE HIDRÁULICA, FILTROS Y NIVEL DE ACEITE, IMPAGLES Y POSICIÓN																								
REVISAR EL AJUSTE DE LOS BRAZOS EN LAS POSICIONES DEL SILLÓN																								
REVISAR LOS MOVIMIENTOS POSIBLES DEL SILLÓN																								
REVISAR EL RETAJADO DEL RESPALDO Y DEL ASIENTO																								
REVISIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO																								
REVISIÓN DEL ESCUPIDOR																								
REVISIÓN DE FUGAS (AGUA, ACEITE O AIRE)																								
REVISIÓN DE LA LAMPARA																								
QUIEN LO REALIZÓ																								
EVIDENCIA																								

	MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____							
	S1	S2	S3	S4																				
REVISIÓN DE UN PIEZA																								
REVISAR EL AJUSTE DE LOS BRAZOS EN LA BAJADA Y SUBIDA DEL SILLÓN																								
REVISAR LA BASE HIDRÁULICA, FILTROS Y NIVEL DE ACEITE, IMPAGLES Y POSICIÓN																								
REVISAR EL AJUSTE DE LOS BRAZOS EN LAS POSICIONES DEL SILLÓN																								
REVISAR LOS MOVIMIENTOS POSIBLES DEL SILLÓN																								
REVISAR EL RETAJADO DEL RESPALDO Y DEL ASIENTO																								
REVISIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO																								
REVISIÓN DEL ESCUPIDOR																								
REVISIÓN DE FUGAS (AGUA, ACEITE O AIRE)																								
REVISIÓN DE LA LAMPARA																								
QUIEN LO REALIZÓ																								
EVIDENCIA																								

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD _____

NOTA: PROGRAMADO → ← EFECTUADO

INSTRUCTIVO DE SILLÓN DENTAL

Un **sillón dental** es un **sillón** anatómico donde el odontólogo realiza los diferentes tratamientos o procedimientos al paciente, debe ofrecerle a éste y al profesional comodidad y una posición ergonómica adecuada a la hora de atenderlo

1. Revise el ajuste de los brazos en la bajada y subida del sillón.
2. Revise la base hidráulica:
 - Filtros de aceite
 - Nivel de Aceite hidráulico
 - Empaques
 - Posiciones
3. Mire el ajuste de los brazos en las posiciones del sillón.
4. Revise los movimientos posibles del sillón: la base mecánica que lo sostiene y mueve.
5. Mire el estado del asiento y el reclinador.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla del sillón dental.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

11. BITÁCORA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE CÓMPUTO



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2016

SALUD DE TLAXCALA
JURISCCIÓN SANITARIA No. ___ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016

UNIDAD MÉDICA: _____
AREA: _____

FRECUENCIA MENSUAL

EQUIPOS DE CÓMPUTO

MES: MES: MES: MES: MES: MES:

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																				
 LIMPIEZA DE EQUIPO DE CÓMPUTO																								
REVISIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO																								
REVISIÓN DEL SOFTWARE (REINSTALACIÓN SI ES NECESARIO)																								
ACTUALIZACIÓN DE ANTI-VIRUS																								
REVISIÓN DE CONECTIVIDAD																								
ESCANEAR ARCHIVOS (ANTI-VIRUS)																								
ELIMINACIÓN DE ARCHIVOS TEMPORALES																								
QUIEN LO REALIZÓ																								
EVIDENCIA																								

EQUIPO DE CÓMPUTO

Marca: _____

Modelo: _____

No. serie: _____

No. De inventario: _____

Voltaje: _____

Pedido: _____

Ubicación: _____

MES: MES: MES: MES: MES: MES:

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA DE EQUIPO DE CÓMPUTO																								
REVISIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO																								
REVISIÓN DEL SOFTWARE (REINSTALACIÓN SI ES NECESARIO)																								
ACTUALIZACIÓN DE ANTI-VIRUS																								
REVISIÓN DE CONECTIVIDAD																								
ESCANEAR ARCHIVOS (ANTI-VIRUS)																								
ELIMINACIÓN DE ARCHIVOS TEMPORALES																								
QUIEN LO REALIZÓ																								
EVIDENCIA																								

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOTA: PROGRAMADO →  ← EFECTUADO

INSTRUCTIVO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE CÓMPUTO

Es una herramienta esencial en la oficina. Hogar e Industria, nos permite realizar nuestras tareas diarias con una mejor presentación.

Una bitácora de mantenimiento es un archivo en el cual se lleva un registro diario, semanal o mensual de la tarea que realizas a los equipos. Así tendrás un control más completo sobre las actividades realizadas.

- Limpieza de Equipo de cómputo
- Revisión del funcionamiento del equipo de cómputo
- Revisión de software (reinstalación si es necesario)
- Actualización de antivirus
- Revisión de la conectividad
- Desfragmentación (todas las particiones)
- Inventario de periféricos (mouse, teclado)
- Revisión de instalaciones eléctricas (cables de corriente y regulador)
- Revisión del ambiente externo (humedad temperatura)
- Servicio de impresión
- Eliminación de archivos temporales

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma mensual.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

12. BITÁCORA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE BÁSCULA CON ESTADÍMETRO



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2014

SALUD DE TLAXCALA
JURISCCIÓN SANITARIA No. ___ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016
FRECUENCIA SEMANAL

UNIDAD MÉDICA: _____
AREA: _____

BÁSCULAS MECÁNICA



	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA GENERAL																								
REVISIÓN DE FUNCIONAMIENTO																								
LUBRICAR ELEMENTOS QUE LO REQUIERAN																								
REVISAR Y AJUSTAR EL GRUPO DEL ESTADÍMETRO																								
QUIÉN LO REALIZÓ																								
EVIDENCIA																								

BASCULAS
1. Con Estadímetro
2. Pesa bebe

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:							
	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA GENERAL																								
REVISIÓN DE FUNCIONAMIENTO																								
LUBRICAR ELEMENTOS QUE LO REQUIERAN																								
PRUEBAS DE BIEN FUNCIONAMIENTO																								
QUIÉN LO REALIZÓ																								
EVIDENCIA																								

Tipo de bascula: _____
 Marca: _____
 Modelo: _____
 No. serie: _____
 No. De inventario: _____
 Pedido: _____

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOTA: PROGRAMADO → ← EFECTUADO

INSTRUCTIVO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE BÁSCULA CON ESTADÍMETRO

La **báscula** es un aparato que sirve para pesar; esto es, para determinar el peso (básculas con muelle elástico), o la masa de los cuerpos (básculas con contrapeso).

Trabajos consistentes en revisión de mantenimiento preventivo, calibración y certificación de básculas

Mantenimiento preventivo (en caso de que lo requiera)

1. Limpieza general
2. Revisar y corregir el estado físico
3. Revisar y ajustar la tensión de los soportes
4. Lubricar elemento que lo requieran
5. Revisar y ajustar el giro del estadímetro
6. Pruebas de buen funcionamiento

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

13. BITÁCORA DE ASPIRADOR PORTATIL

SALUD DE TLAXCALA
JURISCCIÓN SANITARIA No. _____
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016

UNIDAD MÉDICA: _____

AREA: _____

FRECUENCIA SEMANAL

ASPIRADOR PORTÁTIL



	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:					
	S1	S2	S3	S4																		
REVISIÓN DE FUNCIONAMIENTO																						
LIMPIEZA EXTERNA																						
LIMPIEZA INTERNA																						
VERIFICAR FUNCIONAMIENTO VACUÓMETRO																						
REVISIÓN DE CONEXIÓN ELÉCTRICA																						
REVISIÓN DE RESERVOIRIO Y TAPA (CIERRE HERMÉTICO)																						
QUIEN LO REALIZO																						
EVIDENCIA																						

ASPIRADOR PORTÁTIL

Marca: _____

Modelo: _____

No. serie: _____

No. De inventario: _____

Pedido: _____

Ubicación: _____

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:					
	S1	S2	S3	S4																		
REVISIÓN DE FUNCIONAMIENTO																						
LIMPIEZA EXTERNA																						
LIMPIEZA INTERNA																						
VERIFICAR FUNCIONAMIENTO VACUÓMETRO																						
REVISIÓN DE CONEXIÓN ELÉCTRICA																						
REVISIÓN DE RESERVOIRIO Y TAPA (CIERRE HERMÉTICO)																						
QUIEN LO REALIZO																						
EVIDENCIA																						

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOTA: PROGRAMADO →  ← EFECTUADO

INSTRUCTIVO DE ASPIRADOR PORTATIL

Revisión de averías: Antes de efectuar cualquier operación desconectar el aparato de la red

LIMPIEZA: La limpieza externa se realizará con paño húmedo de agua y jabón suave, aclarar y secar, después de cada uso y si no se usa se hará semanalmente.

La limpieza interna se realizará con paño húmedo de agua y jabón suave, aclarar y seca, después de cada uso.

DESIFECCIÓN: Con desinfectante de superficies

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

14. BITÁCORA DE ESCALERILLAS (BANCOS DE ALTURA)



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011-2016

SALUD DE TLAXCALA
JURISCCIÓN SANITARIA No. __ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016

UNIDAD MÉDICA: _____
AREA: _____

FRECUENCIA SEMANAL

MES:

MES:

MES:

MES:

MES:

MES:

	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA GENERAL	/																							
VERIFICAR DESPRENDIMIENTOS DEL HULE ANTIDERRAPANTE	/																							
VERIFICAR QUE LOS SOPORTES ESTEN EN BUEN ESTADO	/																							
QUIEN LO REALIZÓ	/																							
EVIDENCIA	/																							

MES:

MES:

MES:

MES:

MES:

MES:

	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA GENERAL	/																							
VERIFICAR DESPRENDIMIENTOS DEL HULE ANTIDERRAPANTE	/																							
VERIFICAR QUE LOS SOPORTES ESTEN EN BUEN ESTADO	/																							
QUIEN LO REALIZÓ	/																							
EVIDENCIA	/																							

ESCALERILLA

1. UN PELDAÑO
2. DOS PELDAÑOS
3. TRES PELDAÑOS

Marca: _____

Modelo: _____

No. serie: _____

No. De inventario: _____

Pedido: _____

Ubicación: _____

OBSERVACIONES:

NOTA: PROGRAMADO →  ← EFECTUADO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

INSTRUCTIVO DE ESCALERILLAS (BANCOS DE ALTURA)

Una **escalera** es una construcción diseñada para comunicar varios espacios situados a diferentes alturas. Está conformada por escalones (**peldaños**) y puede disponer de varios. 1 **Peldaños** de la **escalera**; 2 **Tipos** de escaleras. **Escalera** imperial: la que posee un tramo de ida y **dos** tramos de vuelta más estrechos.

Verificar que no exista desprendimiento de hule antiderrapante y soportes.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

15. BITÁCORA DE LÁMPARA PARA EXAMINAR



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 2018

SALUD DE TLAXCALA
JURISCCIÓN SANITARIA No. __ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016

UNIDAD MÉDICA: _____
AREA: _____

FRECUENCIA SEMANAL

MNTO: LAMPARA PARA EXAMINAR

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA GENERAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CAMBIO DE FOCO (FUNCIONALIDAD)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
LIMPIEZA DE PANTALLA REFLECTORA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
LIMPIEZA Y ENGRASADO DE LLANTAS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
VERIFICACIÓN DEL ESTADO DEL CABLEADO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
VERIFICAR SISTEMA DE SUJECCIÓN	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
QUEEN LO REALIZO																								
EVIDENCIA																								

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA GENERAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CAMBIO DE FOCO (FUNCIONALIDAD)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
LIMPIEZA DE PANTALLA REFLECTORA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
LIMPIEZA Y ENGRASADO DE LLANTAS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
VERIFICACIÓN DEL ESTADO DEL CABLEADO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
VERIFICAR SISTEMA DE SUJECCIÓN	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
QUEEN LO REALIZO																								
EVIDENCIA																								

LAMPARAS
1. Rodable de halogeno "D" LED

Tipo de lámpara: _____
 Marca: _____
 Modelo: _____
 No. serie: _____
 No. De inventario: _____
 Pedido: _____
 Ubicación: _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOTA: PROGRAMADO → ← EFECTUADO

INSTRUCTIVO DE LÁMPARA PARA EXAMINAR

Una **lámpara de led** es una lámpara de estado sólido que usa ledes (*Light-Emitting Diode*, diodos emisores de luz) como fuente lumínica. Debido a que la luz capaz de emitir un led no es muy intensa, para alcanzar la intensidad luminosa similar a las otras lámparas existentes como las incandescentes o las fluorescentes compactas las lámparas LED están compuestas por agrupaciones de ledes, en mayor o menor número, según la intensidad luminosa deseada.

1. Cambio de foco de base.
3. Limpieza de pantalla reflectora.
4. Engrasado de llantas.
5. Verificación del estado del cableado.
6. Verificación del voltaje de alimentación.
7. Verificar anclas de rieles o sistema de sujeción.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

16. BITÁCORA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE NEGATOSCOPIO



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2016

SALUD DE TLAXCALA
JURISCIÓN SANITARIA No. ___ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO

2016

FRECUENCIA MENSUAL

UNIDAD MEDICA: _____
AREA: _____

NEGATOSCOPIO



Marca: _____
Modelo: _____
Serie: _____
Dimensiones: _____
Peso: _____
Operación: _____
Voltaje: _____
Watts: _____
Hertz: _____
Pedido: _____

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																				
DAR LIMPIEZA A LA ESTRUCTURA DE ACERO																								
LIMPIEZA DE PANEL FRONTAL DE ACRILICO																								
VERIFICAR EL SISTEMA PARA SUIETAR DELICIAS																								
VERIFICAR INTERRUPTOR DE ENCENDIDO																								
QUEN LO REALIZÓ																								
EVIDENCIA																								

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:					
	S1	S2	S3	S4																		
DAR LIMPIEZA A LA ESTRUCTURA DE ACERO																						
LIMPIEZA DE PANEL FRONTAL DE ACRILICO																						
VERIFICAR EL SISTEMA PARA SUIETAR DELICIAS																						
VERIFICAR INTERRUPTOR DE ENCENDIDO																						
QUEN LO REALIZÓ																						
EVIDENCIA																						

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD _____

NOTA: PROGRAMADO →  ← EFECTUADO

INSTRUCTIVO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE NEGATOSCOPIO

Equipo usado para soportar e iluminar las imágenes médicas, es decir, películas de rayos x, medicina nuclear, resonancia magnética o de ultrasonido, para ser visualizadas directamente. Puede estar montado a una pared o mesa o puede consistir de un conjunto de paneles motorizados con controles asociados que permiten pre-cargar las películas a ser recuperadas para visualización. Tiene una iluminación uniforme y un sujetador que permite detener una o más películas en el lugar para visualización

1. Dar limpieza a la estructura de acero inoxidable.
2. Limpieza del panel frontal de acrílico.
3. Mantenimiento del Balastro de encendido rápido.
4. Mantenimiento del sistema para sujetar las películas.
5. Mantener el brillo del negatoscopio para radiografía convencional.

La iluminación en un mismo negatoscopio deberá variar menos que un 15 % entre una zona y otra, las secciones, dimensiones y campos de acuerdo a las necesidades de cada institución.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma mensual.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

17. BITÁCORA DE SILLAS



TLAXCALA
ANES ANOS ANOS ANOS
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2019

SALUD DE TLAXCALA
JURISCIÓN SANITARIA No. __ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016

UNIDAD MÉDICA: _____
AREA: _____

FRECUENCIA MENSUAL

SILLAS



SILLAS Y SILLONES

1. APILABLE, ACOJINADA.
2. SECRETARIAL, PARA AJUSTE DE ALTURA.
3. SILLON EJECUTIVO PARA ALTURA AJUSTABLE

Mueble: _____
 Marca: _____
 Modelo: _____
 No. serie: _____
 No. De inventario: _____
 Pedido: _____
 Ubicación: _____

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:						
	S1	S2	S3	S4																			
LIPIEZA GENERAL																							
APRIETA TORNALLERIA EN GENERAL																							
REPONER RESBALONES (ANTIDERRAPANTES) EN MAL ESTADO																							
VERIFICAR TAPIZ EN MAL ESTADO																							
VERIFICAR ESTADO DE PINTURA																							
QUEEN LO REALIZÓ																							
EVIDENCIA																							

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:						
	S1	S2	S3	S4																			
LIPIEZA GENERAL																							
APRIETA TORNALLERIA EN GENERAL																							
REPONER RESBALONES (ANTIDERRAPANTES) EN MAL ESTADO																							
VERIFICAR TAPIZ EN MAL ESTADO																							
VERIFICAR ESTADO DE PINTURA																							
QUEEN LO REALIZÓ																							
EVIDENCIA																							

OBSERVACIONES: _____

 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOTA: PROGRAMADO →  ← EFECTUADO

INSTRUCTIVO DE SILLAS

Asiento para una sola persona, con respaldo y brazos, grande y cómodo, generalmente acolchado y forrado con tela.

1. Apriete tornillería en general
2. Reponer resbalones en mal estado
3. Retoque de pintura si es necesario, en sillones giratorios, lubricar el gusano elevador y rodajes
4. Cuando el mobiliario interior necesita un correctivo mayor repórtelo a la oficina de mantenimiento para su programación como tapiz roto, partes metálicas desoldadas, etc.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma mensual.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

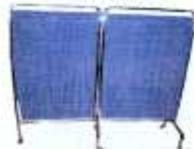
18. BITÁCORA DE BIOMBO

SALUD DE TLAXCALA
JURISDICCIÓN SANITARIA No. __ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016

UNIDAD MÉDICA: _____

AREA: _____

BIOMBO



BIOMBO

1. DOBLE CROMADO CON RUEDAS
2. TRIPLE CROMADO CON RUEDAS

Tipo de biombo: _____

Marca: _____

Modelo: _____

No. serie: _____

No. De inventario: _____

Pedido: _____

Ubicación: _____

FRECUENCIA SEMANAL

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																
VERIFICAR QUE EL TUBO DE ACERO NO TENGA CORROSIÓN	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
VERIFICAR QUE LA TELA ESTE COMPLETAMENTE LIMPIA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CHECAR QUE LOS RODAJES (LLANTAS Y MECANISMO DE ORO ESTÉN EN CONDICIONES)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
QUIEN LO REALIZÓ																				
EVIDENCIA																				

	MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4												
VERIFICAR QUE EL TUBO DE ACERO NO TENGA CORROSIÓN	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
VERIFICAR QUE LA TELA ESTE COMPLETAMENTE LIMPIA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CHECAR QUE LOS RODAJES (LLANTAS Y MECANISMO DE ORO ESTÉN EN CONDICIONES)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
QUIEN LO REALIZÓ																
EVIDENCIA																

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOTA: PROGRAMADO →  ← EFECTUADO

INSTRUCTIVO DE BIOMBO

Biombo cromado fabricado en tubo de acero con tela como cubierta y ruedas giratorias.

Biombo: fabricado en tubo de acero cromado, tela de popelina azul y ruedas giratorias de bola. 2. Medidas generales: 160 cms. De largo y 165 cms. De altura.

1. Verificar que el tubo de acero no tenga corrosión.
2. Verificar que la tela este completamente limpia.
3. Checar que los rodajes estén en condiciones.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

19. BITÁCORA DE ESTETOSCOPIO



SALUD DE TLAXCALA
JURISCCIÓN SANITARIA No. __ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016

UNIDAD MÉDICA: _____
AREA: _____

ESTETOSCOPIOS

FRECUENCIA SEMANAL

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:							
	S1	S2	S3	S4																								
LIMPIEZA GENERAL																												
REALIZAR PRUEBA DE FUNCIONALIDAD																												
AJUSTE DEL ARCO METÁLICO																												
VERIFICAR ROTURA DE PIEZAS																												
VERIFICAR ESTADO DE OLIVAS																												
QUIEN LO REALIZÓ																												
EVIDENCIA																												

ESTETOSCOPIO
1. BIAURICULAR O CONVENCIONAL
2. PINARD

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:							
	S1	S2	S3	S4																								
LIMPIEZA GENERAL																												
REALIZAR PRUEBA DE FUNCIONALIDAD																												
AJUSTE DEL ARCO METÁLICO																												
VERIFICAR ROTURA DE PIEZAS																												
VERIFICAR ESTADO DE OLIVAS																												
QUIEN LO REALIZÓ																												
EVIDENCIA																												

Marca: _____
Modelo: _____
No. serie: _____
No. De inventario: _____
Pedido: _____
Ubicación: _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD _____

NOTA: PROGRAMADO → ← EFECTUADO

INSTRUCTIVO DE ESTETOSCOPIO

También llamado **fonendoscopio**, es un aparato acústico. Usado medicina para la auscultación o para oír los sonidos internos del cuerpo. Generalmente se usa en la auscultación de los ruidos cardíacos o los ruidos respiratorios, aunque algunas veces también se usa para objetivar ruidos intestinales o soplos por flujos anómalos sanguíneos en arterias y venas. El examen por medio del estetoscopio se llama auscultación.

1. Limpieza exterior:

Humedecer un lienzo de franela con una solución de desengrasante, y germicida. (Personal operador)

Ubique el aparato sobre una mesa de madera, frotando la superficie exterior de cada una de sus partes y hendiduras hasta limpiarlas. Seque las superficies cromadas con una toalla de papel absorbente.

2. Inspección visual del aparato:

Inspeccionar las olivas, auriculares y muelle biauricular que no estén agrietados, rotos o deformados, que las mangueras no se encuentren desgastadas, picadas o desconectadas, además que la cápsula no esté dañada ni el resonador se encuentre roto, seco y ondulado.

3. Criterios técnicos:

Sustituya las mangueras que estén cuarteadas o rotas por mangueras de hule látex.

Sustituya el resonador, muelle biauricular, conector "Y" por uno nuevo.

El juego de las olivas, auriculares también pueden ser sustituidos o cambiados.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

20. BITÁCORA DE ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2016

SALUD DE TLAXCALA
JURISCCIÓN SANITARIA No. __ TLAXCALA
BITÁCORA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO
2016

UNIDAD MÉDICA: _____
AREA: _____

FRECUENCIA SEMANAL

ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO



	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA EXTERIOR DEL ESTUCHE DE ALABASTO	/																							
LIMPIEZA GENERAL DE PIEZAS	/																							
REVISIÓN DE BATERIAS	/																							
REVISIÓN DE FOCOS	/																							
REALIZAR PRUEBA OPERATIVO DE COMPONENTES	/																							
QUEEN REALIZÓ	/																							
EVIDENCIA	/																							

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA EXTERIOR DEL ESTUCHE DE ALABASTO	/																							
LIMPIEZA GENERAL DE PIEZAS	/																							
REVISIÓN DE BATERIAS	/																							
REVISIÓN DE FOCOS	/																							
REALIZAR PRUEBA OPERATIVO DE COMPONENTES	/																							
QUEEN REALIZÓ	/																							
EVIDENCIA	/																							

Marca: _____

Modelo: _____

Serie: _____

Dimensiones: _____

Peso: _____

Operación: _____

Pedido: _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD _____

NOTA: PROGRAMADO →  ← EFECTUADO



MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A EQUIPO MEDICO Y
ELECTROMECAÁNICO EN CENTROS DE SALUD
INSTRUCTIVO DE ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO

SALUD DE TLAXCALA

Equipo utilizado para la exploración física del paciente con fines diagnósticos. Consta de los siguientes elementos: otoscopio con iluminación. Espéculos reusables en diferentes tamaños. Oftalmoscopio con descripción: estuche de diagnóstico básico. Equipo utilizado para la exploración física del paciente con fines diagnósticos.

1. Limpieza exterior del estuche:

- Realizar limpieza de los cabezales y desinfección de el faringoscopio y los espéculos auriculares por su mecanismo de entrada a orificios y contacto con secreciones del paciente; así mismo el oftalmoscopio por su contigüidad al ojo.
- Verificar la óptica del oftalmoscopio en caso de golpes accidentales o caídas, haciendo girar sus lentes y verificando la funcionalidad de cada una de las aperturas.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.



MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A EQUIPO MEDICO Y
ELECTROMECAÁNICO EN CENTROS DE SALUD

SALUD DE TLAXCALA

INSTRUCTIVO DE CAMAS CLÍNICAS MÚLTIPLES POSICIONES

Es un equipo de uso clínico-hospitalario, destinado para la valoración, cuidado, atención y convalecencia, de pacientes que por alteración de su salud, enfermedad infecto-contagiosa, trauma, quemaduras, estudios de diagnóstico, enfermedades crónicas y /o mentales, pre/post operatorio, (entre otros); donde el paciente permanece por periodos de tiempos indeterminados, en posicionamiento corporal específico según criterio clínico.

Dar mantenimiento a las barandas.

1. Revisar las portas sueros.
2. Verificar las garruchas que estén en buen estado.
3. Dar mantenimiento al gusano.
4. Limpieza de la cama.
5. Verificar el estado del colchón.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma mensual.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

INSTRUCTIVO DE MANTENIMIENTO DE INSTRUMENTAL CLÍNICO

El mantenimiento preventivo-correctivo tiene como finalidad, el prolongar la vida útil del instrumental y por consiguiente, un ahorro en el presupuesto ya que evita adquirir instrumental nuevo. Aquí, es donde el servicio y reacondicionamiento juega un papel vital para el más alto desempeño de todo el instrumental.

Durante el mantenimiento, es necesario desarrollar una serie de procesos; las cuales, están encaminados a proporcionar la total funcionalidad del instrumento en cuestión. Tener siempre el instrumental sin contratiempos.

A continuación, indicaremos las actividades a desarrollar a todos y cada uno de los instrumentos que son reparados.

- a) Limpieza y desinfección
- b) Dictamen técnico
- c) Ajuste y reparación
- d) Pulido mate
- e) Realineamiento
- f) Lubricación

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

23. BITÁCORA DE BANCAS DE SALA DE ESPERA



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011-2016

SALUD DE TLAXCALA
JURISCCIÓN SANITARIA No. ___ TLAXCALA
BITÁCORA DEL ROGRAMA DE MANTENIMIENTO

2016

UNIDAD MÉDICA: _____
AREA: _____

FRECUCENCIA SEMANAL

MES: _____

MES: _____

MES: _____

MES: _____

MES: _____

MES: _____

	MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____			
	S1	S2	S3	S4																
LIMPIEZA GENERAL																				
APRIETE DE TORNILLERIA																				
INTEGRIDAD DE SILLAS Y PARTES METÁLICAS																				
QUIEN LO REALIZÓ																				
EVIDENCIA																				

Tipo de cama: _____

Marca: _____

Modelo: _____

No. serie: _____

No. De inventario: _____

Pedido: _____

Ubicación: _____

	MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____			
	S1	S2	S3	S4																
LIMPIEZA GENERAL																				
APRIETE DE TORNILLERIA																				
INTEGRIDAD DE SILLAS Y PARTES METÁLICAS																				
QUIEN LO REALIZÓ																				
EVIDENCIA																				

	MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____				MES: _____			
	S1	S2	S3	S4																
LIMPIEZA GENERAL																				
APRIETE DE TORNILLERIA																				
INTEGRIDAD DE SILLAS Y PARTES METÁLICAS																				
QUIEN LO REALIZÓ																				
EVIDENCIA																				

OBSERVACIONES : _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOTA: PROGRAMADO → ← EFECTUADO

**MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A EQUIPO MEDICO Y
ELECTROMECAÁNICO EN CENTROS DE SALUD
INSTRUCTIVO DE BANCAS DE SALA DE ESPERA**

Asiento más de una persona, con respaldo cómodo, generalmente acolchado y forrado con tela y/o de plástico.

1. Apriete tornillería en general
2. Reponer resbalones en mal estado
3. Retoque de pintura si es necesario, en sillones giratorios, lubricar el gusano elevador y rodajes
4. Cuando el mobiliario interior necesita un correctivo mayor repórtelo a la oficina de mantenimiento para su programación como tapiz roto, partes metálicas desoldadas, etc.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.

24. BITÁCORA DE MANTENIMIENTO DE TANQUE DE OXIGENO PORTÁTIL



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO

SALUD DE TLAXCALA
JURISDICCION SANITARIA No. ___ TLAXCALA
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO "BITÁCORA"
2016

UNIDAD MÉDICA: _____
AREA: _____

FRECUENCIA SEMANAL

TANQUE DE OXIGENO PORTÁTIL

	MES:				MES:				MES:				MES:				MES:				MES:			
	S1	S2	S3	S4																				
LIMPIEZA																								
REVISIÓN DEL REGULADOR																								
REVISIÓN DEL CARRO PORTÁTIL (LLANTAS Y MANGO)																								
VERIFICACIÓN DE FUGAS																								
DESGASTE DE PIEZAS																								
QUIEN LO REALIZÓ																								
EVIDENCIA																								



Marca: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">MES:</th> <th colspan="4">MES:</th> <th colspan="4">MES:</th> <th colspan="4">MES:</th> <th colspan="4">MES:</th> </tr> <tr> <th>S1</th><th>S2</th><th>S3</th><th>S4</th> <th>S1</th><th>S2</th><th>S3</th><th>S4</th> <th>S1</th><th>S2</th><th>S3</th><th>S4</th> <th>S1</th><th>S2</th><th>S3</th><th>S4</th> <th>S1</th><th>S2</th><th>S3</th><th>S4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: yellow;">LIMPIEZA</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>REVISIÓN DEL REGULADOR</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>REVISIÓN DEL CARRO PORTÁTIL (LLANTAS Y MANGO)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>VERIFICACIÓN DE FUGAS</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DESGASTE DE PIEZAS</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>QUIEN LO REALIZÓ</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EVIDENCIA</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>		MES:				S1	S2	S3	S4	LIMPIEZA																								REVISIÓN DEL REGULADOR																								REVISIÓN DEL CARRO PORTÁTIL (LLANTAS Y MANGO)																								VERIFICACIÓN DE FUGAS																								DESGASTE DE PIEZAS																								QUIEN LO REALIZÓ																								EVIDENCIA																																																							
			MES:				MES:				MES:				MES:				MES:																																																																																																																																																																																															
		S1	S2	S3	S4																																																																																																																																																																																																													
LIMPIEZA																																																																																																																																																																																																																		
REVISIÓN DEL REGULADOR																																																																																																																																																																																																																		
REVISIÓN DEL CARRO PORTÁTIL (LLANTAS Y MANGO)																																																																																																																																																																																																																		
VERIFICACIÓN DE FUGAS																																																																																																																																																																																																																		
DESGASTE DE PIEZAS																																																																																																																																																																																																																		
QUIEN LO REALIZÓ																																																																																																																																																																																																																		
EVIDENCIA																																																																																																																																																																																																																		
Modelo: _____																																																																																																																																																																																																																		
No. serie: _____																																																																																																																																																																																																																		
No. De inventario: _____																																																																																																																																																																																																																		
Pedido: _____																																																																																																																																																																																																																		

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD _____

NOTA: PROGRAMADO → ← EFECTUADO

INSTRUCTIVO DE MANTENIMIENTO DE TANQUE DE OXIGENO PORTÁTIL

Un tanque que contiene oxígeno y sirve para ayudar a respirar a aquellas personas que no lo pueden hacer o bien por sus propios medios (porque están en coma, o porque tienen discapacidad pulmonar) que por medio de una manguera absorben el oxígeno.

Las tareas que incluye el servicio son:

- Limpieza total interna y externa.
- Reparación de fugas.
- Diagnostico en desgaste de piezas debido al trabajo.
- Revisión del regulador.
- Revisión del carro portátil (llantas y mango).
- Pruebas de buen funcionamiento.

REQUERIMIENTOS:

- Programación para revisión y verificación de forma semanal.
- Mantenimiento preventivo al menos cada 6 meses
- Mantenimiento correctivo inmediato una vez reportada la falla.

PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

- 1.- Marcar con azul en el renglón de programado del mes y día en que tentativamente será realizado el peritaje.
- 2.- Anotar los datos de quién realizó el peritaje ya sea empresa o persona.
- 3.- Marcar con rojo en el renglón de efectuado del mes y día en que se realizó el peritaje.
4. En el renglón de " Evidencia " anotar tipo de evidencia que se consiguió, en el caso de que así sea y anexar copia (factura, nota, reporte, orden de servicio, etc. con nombre y firma).
- 5.- Si la(s) acción(es) no se realizó(n) durante el mes y día programado, anotar en observaciones cual fue el motivo.



26. Solicitud de Servicio

SALUD DE TLAXCALA		O.P.D. SALUD DE TLAXCALA		SOLICITUD DE SERVICIO	
		JURISDICCIÓN SANITARIA No. _____			
		DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y SERVICIOS GENERALES		FOLIO: _____	
FECHA SOLICITUD _____	EQUIPO A REPARAR: _____				
HORA SOLICITUD _____	N° DE INVENTARIO TÉCNICO: _____				
SERVICIO/AREA _____	DESCRIPCIÓN SERVICIO / FALLA: _____				
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE _____	_____				
RECIBIDA POR: _____		FIRMA: _____		N° ORDEN DE SERVICIO ASIGNADA	
FECHA: _____		HORA: _____			

HDM-DMIB-F01

7. Glosario

Salud de Tlaxcala: Secretaría de Salud de Tlaxcala y Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.

Estetoscopio: También llamado fonendoscopio, es un aparato acústico.