



MINISTERIO DE DEFENSA  
NACIONAL



Bogotá D.C. 26 de mayo de 2023

**Asunto: CONSTANCIA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA PAGO**

Por medio de la presente se deja constancia de la entrega del Informe de Supervisión de la empresa **POLARIS HOLDING S.A.S.**, correspondiente al contrato **114-2023** que tiene como objeto **"MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, SUMINISTRO DE LOS REPUESTOS NUEVOS ORIGINALES, NO REMANUFACTURADOS, INCLUYENDO CONSUMIBLES, PARA LA CENTRAL DE GASES MEDICINALES, ASI COMO EL MANTENIMIENTO GENERAL DE RED DE GASES MEDICINALES Y DE LOS CILINDROS DE OXIGENO, EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, INCLUYENDO LA ASESORÍA, ACOMPAÑAMIENTO Y EJECUCIÓN DE LA REVALIDACIÓN DEL PROCESO PRODUCTIVO DE AIRE MEDICINAL EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL."**

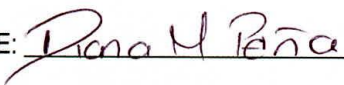
Relación de documentos entregados:

- Informe de Supervisión Final con soportes
- Factura FE605
- Planilla de pago de Parafiscales
- Certificación bancaria

Intervienen:

  
CCEIN **Rafael Antonio Duque Salazar**  
Supervisor del contrato 114-2023

Personal que recibe documentación:

NOMBRE: 

FECHA / HORA: 26/05/23 2:11 pm

**Activos Fijos**

  
Elaboro: **Olga Lucia Coronado Cárdenas**  
AASD Unidad de Apoyo Logístico. Equipo Industrial

|                                                                                                                                                                     |                         |                                                      |                                   |                                               |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL                                                                                                                                            |                         | FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO |                                   | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05                   |                  |
|   |                         | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS       |                                   | FECHA DE EMISIÓN: 06-02-2023                  |                  |
|                                                                                                                                                                     |                         | PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES                       |                                   | VERSIÓN: 09                                   |                  |
|                                                                                                                                                                     |                         | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI                     |                                   | PAGINA 1 DE 3                                 |                  |
| Fecha:                                                                                                                                                              | 24/05/2023              |                                                      |                                   |                                               |                  |
| TIPO DE CONTRATO                                                                                                                                                    | Prestación de servicios | TIPO DE PROCESO                                      | Selección abreviada menor cuantía | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | SA-015-2023-HOMM |

| CONTRATO N° / ORDEN DE COMPRA  | OBJETO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DATOS GENERALES DEL CONTRATO                    |                                            |                      |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|
| 114-2023                       | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, SUMINISTRO DE LOS REPUESTOS NUEVOS ORIGINALES, NO REMANUFACTURADOS, INCLUYENDO CONSUMIBLES, PARA LA CENTRAL DE GASES MEDICINALES, ASI COMO EL MANTENIMIENTO GENERAL DE RED DE GASES MEDICINALES Y DE LOS CILINDROS DE OXIGENO, EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, INCLUYENDO LA ASESORIA, ACOMPAÑAMIENTO Y EJECUCIÓN DE LA REVALIDACIÓN DEL PROCESO PRODUCTIVO DE AIRE MEDICINAL EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | Fecha de suscripción:                           | 10/03/2023                                 |                      |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Valor inicial:                                  | \$                                         | 323.164.337,00       |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | VIGENCIA AÑO 2023                               | \$                                         | 323.164.337,00       |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | VIGENCIA AÑO 2024                               | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | VIGENCIA AÑO 2025                               | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | VIGENCIA AÑO 2026                               | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | VIGENCIA AÑO 2027                               | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Adiciones (Si aplica) :                         | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1-                                              | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2-                                              | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3-                                              | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 4-                                              | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :      | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1-                                              | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2-                                              | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3-                                              | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 4-                                              | \$                                         | -                    |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Valor Total Contrato                            | \$                                         | 323.164.337,00       |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | COMPROMISO PRESUPUESTAL                         | SIIF                                       | N°CDP (SIIF).        |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 | 28823                                      | 180123               |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 | 6/02/2023                                  | 16/03/2023           |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Garantía Cumplimiento (Si aplica) :             | 21-44-101406840/21-40-101207501            |                      |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Aseguradora (Si aplica):                        | SEGUROS DEL ESTADO                         |                      |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 16/03/2023                                 |                      |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nombre del Supervisor y fecha de notificación:  | RAFAEL ANTONIO DUQUE SALAZAR<br>14/03/2023 |                      |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fecha de inicio de contrato                     | 23/03/2023                                 |                      |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Plazo de ejecución                              | FECHA DE INICIO                            | FECHA DE TERMINACION |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 | 23/03/2023                                 | 15/12/2023           |
| Vigencia del Contrato: 9 MESES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                            |                      |
| Prorrogas: En tiempo           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                            |                      |
| 1-                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                            |                      |
| 2-                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                            |                      |
| 3-                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                            |                      |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NIT: 901104871-4                                |                                            |                      |
| Polaris Holding SAS            | Dirección: CARRERA 110 A No. 63-20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                            |                      |
|                                | Teléfono: 317 439 3976                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                            |                      |
|                                | Cuenta Bancaria No.: 211-807243-86                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                            |                      |
|                                | Banco: BANCOLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                            |                      |
|                                | Tipo de Cuenta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ahorros                                         | Corriente                                  |                      |
|                                | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                            |                      |

**FORMA DE PAGO:** Noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes y/o servicios objeto del contrato y previo informe de supervisión y cumplimiento de los trámites administrativos y financieros.



|         |                                             |         |                     |         |    |
|---------|---------------------------------------------|---------|---------------------|---------|----|
| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO  | GA-GECO-MN-01-FT-05 | VERSIÓN | 09 |
|         |                                             | Página: |                     | 2 DE 3  |    |

| Descripción de Bienes a Recibir                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Almacen que Ingresas | No. Factura | Fecha      | No. Relación de Soportes | Valor \$              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|------------|--------------------------|-----------------------|
| MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, SUMINISTRO DE LOS REPUESTOS NUEVOS ORIGINALES, NO REMANUFACTURADOS, INCLUYENDO CONSUMIBLES, PARA LA CENTRAL DE GASES MEDICINALES, ASI COMO EL MANTENIMIENTO GENERAL DE RED DE GASES MEDICINALES Y DE LOS CILINDROS DE OXIGENO, EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, INCLUYENDO LA ASESORÍA, ACOMPAÑAMIENTO Y EJECUCIÓN DE LA REVALIDACIÓN DEL PROCESO PRODUCTIVO DE AIRE MEDICINAL EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | ACTIVOS FIJOS        | FE 605      | 11/05/2023 | 1                        | \$ 51.256.243,00      |
| <b>Total del mes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |            | \$                       | <b>51.256.243,00</b>  |
| <b>Saldo del contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |             |            | \$                       | <b>243.611.937,00</b> |

|                                           |                                                                                                |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | <b>\$51.256.243,00</b>                                                                         |
| VALOR EN LETRAS :                         | CINCUENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos profesionales **DE LOS ULTIMOS SEIS MESES DE ACUERDO CON CERTIFICACION DE PAGO DE FECHA 12 DE MAYO DE 2023.**

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social, así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION.

**OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):**

Durante la ejecución del contrato, se prestó el servicio de mantenimiento preventivo de la red de gases medicinales así:

- MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON SU RESPECTIVO INFORME, INCLUYE KIT ORING PRIMARIO, SECUNDARIO DE TOMA DE GAS CHEMETRON Y GRASA VEGETAL. INCLUYE PRUEBA DE ESTANQUEIDAD SECTORIZADO POR MINIMO (02) HORAS Y PRUEBA DE GASES CRUZADOS SECTORIZADA.
- MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON SU RESPECTIVO INFORME, INCLUYE KIT ORING PRIMARIO, SECUNDARIO DE TOMA DE GAS AGA Y GRASA VEGETAL. INCLUYE PRUEBA DE ESTANQUEIDAD SECTORIZADO POR MINIMO (02) HORAS Y PRUEBA DE GASES CRUZADOS SECTORIZADA.
- MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON SU RESPECTIVO INFORME, INCLUYE KIT ORING PRIMARIO, SECUNDARIO DE TOMA DE GAS AMICO Y GRASA VEGETAL. INCLUYE PRUEBA DE ESTANQUEIDAD SECTORIZADO POR MINIMO (02) HORAS Y PRUEBA DE GASES CRUZADOS SECTORIZADA.
- VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON SU RESPECTIVO INFORME, INCLUYE KIT ORING PRIMARIO, SECUNDARIO DE TOMA DE GAS GENTEC Y GRASA VEGETAL. INCLUYE PRUEBA DE ESTANQUEIDAD SECTORIZADO POR MINIMO (02) HORAS Y PRUEBA DE GASES CRUZADOS SECTORIZADA.
- CHEQUE PRIMARIO Y SECUNDARIO PARA LAS TOMAS AGA CON SUS RESPECTIVOS ACCESORIOS INTERNOS (VASTAGOS Y RESORTES)

Todos y cada uno de los trabajos nombrados tienen sustento mediante informe de actividades y formato de ORDEN DE SERVICIO debidamente diligenciado y recibido a satisfacción.

**NOTA 2:** Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sea requeridos durante las actividades.

| VIGENCIA | VALOR TOTAL CONTRATO<br>(Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO  | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|----------|---------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|--------------------|
| AÑO 2022 | \$ 323.164.337,00                                             | \$ 79.552.400,00 | \$ 0,00                    | \$ 243.611.937,00  |
| AÑO 2023 | \$ 0,00                                                       | \$ 0,00          | \$ 0,00                    | \$ 0,00            |
| AÑO 2024 | \$ 0,00                                                       | \$ 0,00          | \$ 0,00                    | \$ 0,00            |



| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO  | GA-GECO-MN-01-FT-05 | VERSIÓN | 09 |
|---------|---------------------------------------------|---------|---------------------|---------|----|
|         |                                             | Página: |                     | 3 DE 3  |    |

| VIGENCIA    | VALOR TOTAL CONTRATO<br>(Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO       | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------------|
| AÑO 2025    | \$ 0,00                                                       | \$ 0,00               | \$ 0,00                    | \$ 0,00                            |
| AÑO 2026    | \$ 0,00                                                       | \$ 0,00               | \$ 0,00                    | \$ 0,00                            |
| VALOR TOTAL | \$ 323.164.337,00                                             | \$ 79.552.400,00      | \$ 0,00                    | \$ 243.611.937,00                  |
|             | VALOR TOTAL CONTRATADO                                        | VALOR TOTAL EJECUTADO | VALOR LIBERADO             | VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR |

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:

| REPUESTO | EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO | MARCA | NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO | PLACA DEL EQUIPO | NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN | FECHA DE INGRESO | NUMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado/ existencias almacen) | CANTIDAD | NUMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN | FECHA DE INSTALACIÓN | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | OBSERVACIONES |
|----------|--------------------------------------|-------|----------------------------|------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|----------|----------------------------------|----------------------|----------------|-------------|---------------|
|          |                                      |       |                            |                  |                              |                  |                             |                                         |          |                                  |                      |                |             |               |
|          |                                      |       |                            |                  |                              |                  |                             |                                         |          |                                  |                      |                |             |               |
|          |                                      |       |                            |                  |                              |                  |                             |                                         |          |                                  |                      |                |             |               |

|                                     |                                                                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: | CCEIN RAFAEL ANTONIO DUQUE SALAZAR                                                 |
| NUMERO DE CEDULA:                   | 1.113.624.196                                                                      |
| FIRMA :                             |  |

|                                                                                       |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD: Capitán de Fragata (RA) OSCAR MAURICIO VILLEGAS BOTERO |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                 |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: Teniente Coronel (RA) RICARDO ARTURO HOYOS LANZIANO |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

| DOCUMENTOS                                               | SI | Nº FOLIOS |
|----------------------------------------------------------|----|-----------|
| Informe de Actividades con sus soportes                  | X  | 28        |
| Acta de supervisión y Factura                            | X  | 3         |
| Certificación de Pago de Seguridad Social y Parafiscales | X  | 1         |
| Certificación bancaria                                   | X  | 1         |





**POLARIS HOLDING SAS**

NIT: 901104871 - 4

**Factura Electrónica de Venta**

**FE 605**

FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Polaris Holding S.A.S.

Bogotá, D.C. CR 110A 63 20

Teléfono 3174393976

Correo Electrónico polarisholsas@gmail.com

Somos Responsables de IVA, No somos Agentes de Retención de IVA. No somos Grandes Contribuyentes, Actividad Económica ICA

**Cliente:** HOSPITAL MILITAR CENTRAL

**NIT:** 830040256 - 0

**Dirección:** TV 3 49 02

**Ciudad:** Bogotá, D.C.

**Teléfono:** 3686868

**Fecha:** 11/05/2023

**Vencimiento:** 11/07/2023

**Forma de Pago:** Crédito

**Vendedor:** POLARIS HOLDING SAS

**Por Concepto de:**

FACTURA DE VENTA

| Item | Código | Descripción                                                                                          | Unidad | Cantidad | Valor Unitario | % Dcto | IVA |              | Total         |
|------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|----------------|--------|-----|--------------|---------------|
|      |        |                                                                                                      |        |          |                |        | %   | Valor        |               |
| 1    | 472    | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYE KIT ORING PRIMARIO, SECUNDARIO DE TOMA DE GAS CHEMETRON Y GRASA VEG | und    | 236,00   | 46.205,00      | 0,00   | 19  | 2.071.832,20 | 10.904.380,00 |
| 2    | 488    | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYE KIT ORING PRIMARIO, SECUNDARIO DE TOMA DE GAS AGA Y GRASA VEGETAL   | und    | 56,00    | 51.543,00      | 0,00   | 19  | 548.417,52   | 2.886.408,00  |
| 3    | 482    | MANTENIMIENTO PREVENTIVO, INCLUYE KIT ORING PRIMARIO, SECUNDARIO DE TOMA DE GAS AMICO Y GRASA VEGETA | und    | 275,00   | 58.749,00      | 0,00   | 19  | 3.069.635,25 | 16.155.975,00 |
| 4    | 475    | VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, INCLUYE KIT ORING PRIMARIO, SECUNDARIO DE TOMA DE GAS GENTEC     | und    | 110,00   | 62.055,00      | 0,00   | 19  | 1.296.949,50 | 6.826.050,00  |

RECIBO DE PAGO  
11/05/2023

Contrato.  
11/05/2023

*[Firma]*





**POLARIS HOLDING SAS**

NIT: 901104871 - 4

**Factura Electrónica de Venta**

**FE 605**

FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

*Polaris Holding S.A.S*

Bogotá, D.C. CR 110A 63 20

Teléfono 3174393976

Correo Electrónico polarisholsas@gmail.com

Somos Responsables de IVA, No somos Agentes de Retención de IVA. No somos Grandes Contribuyentes, Actividad Económica ICA

| Item | Código | Descripción                                                                                          | Unidad | Cantidad | Valor Unitario | % Dcto | IVA |              | Total        |
|------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|----------------|--------|-----|--------------|--------------|
|      |        |                                                                                                      |        |          |                |        | %   | Valor        |              |
| 5    | 476    | CHEQUE PRIMARIO Y SECUNDARIO PARA LAS TOMAS AGA CON SUS RESPETIVOS ACCESORIOS INTERNOS (VASTAGOS Y R | und    | 20,00    | 314.983,00     | 0,00   | 19  | 1.196.935,40 | 6.299.660,00 |

Valor en Letras

CUARENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRÉS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRÉS PESOS CON OCHENTA Y SIETE CENTAVOS

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| TOTAL LINEAS O ITEMS | 5                |
| SUBTOTAL             | \$ 43.072.473,00 |
| DESCUENTO            | \$ 0,00          |
| IVA                  | \$ 8.183.769,87  |
| TOTAL OPERACION      | \$ 51.256.242,87 |
| RETEFUENTE           | \$ 1.722.899,00  |
| RETEIVA              | \$ 0,00          |
| RETEICA              | \$ 0,00          |
| TOTAL DOCUMENTO      | \$ 49.533.343,87 |

Recibido Por \_\_\_\_\_

Firma Responsable \_\_\_\_\_



Representación gráfica de la factura de venta electrónica

Fecha y Hora de Generación: 2023-04-28 12:51:15



|                                                                                                                                                                     |                                 |  |                                                     |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|
|   | <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b> |  | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b>                    | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b>  |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b> |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>PROCESO: GESTIÓN LOGISTICA</b>                   | <b>VERSIÓN: 04</b>                  |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>             | <b>PÁGINA 1 de 2</b>                |

|                                     |                                |                                |                                          |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Nº Orden de Trabajo</b>          |                                | 40112096                       |                                          |
| <b>FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD</b> | <b>NOMBRE DE QUIEN REPORTA</b> | <b>DEPENDENCIA QUE REPORTA</b> | <b>UBICACIÓN</b>                         |
| 30 03 23 HH MM                      | Cap. Rafael Duque              | Mantenimiento                  | Sotano φ2 urgencias SUR Covid Area Nueva |

|                                                                                                              |               |                |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <b>VERBAL</b> | <b>ESCRITA</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> |
|                                                                                                              |               |                |                           |

|                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?</b>                                                         |
| Mantenimiento tomas gases medicinales tipo chamat con cambio de drings y limpieza general. (Sotano φ2, urgencias sur, covid área nueva). |

|                         |              |             |            |                              |
|-------------------------|--------------|-------------|------------|------------------------------|
| <b>SECCIÓN ASIGNADA</b> | ELECTRICIDAD | PINTURA     | MECANICA   | OTROS:                       |
|                         | PLOMERIA     | CARPINTERIA | SOLDADURA  | Central de gases medicinales |
|                         | ALBAÑILERIA  | CALDERAS    | CERRAJERÍA |                              |

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO</b> | <b>HORA</b> |
|                                     |             |

|                               |                       |                      |           |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------|
| <b>Estado de la solicitud</b> | <b>Visita Técnica</b> | <b>Confirmado</b>    | <b>Sí</b> |
|                               |                       | <b>Sin Confirmar</b> |           |

|                                     |           |           |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| <b>¿Trabajo realizado en sitio?</b> | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
|                                     |           |           |

|                                           |                   |                   |
|-------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>¿Tipo de mantenimiento a realizar?</b> | <b>Preventivo</b> | <b>Correctivo</b> |
|                                           |                   |                   |

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| <b>¿Aplicar mantenimiento a?</b> | <b>Instalación</b> |
|                                  |                    |

|                                     |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| <b>Nombre Quien Verifica Visita</b> | <b>Firma</b>     |
| X Henry Perez<br>C.C 1927251        | X Alexander Peaf |

|                                        |                |                |
|----------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Servicio ejecutado por personal</b> | <b>Interno</b> | <b>Externo</b> |
|                                        |                |                |

|                    |                                             |               |
|--------------------|---------------------------------------------|---------------|
| <b>PRIORIDAD</b>   | <b>ALTA</b>                                 | <b>MEDIA</b>  |
|                    | <b>BAJA</b>                                 | <b>ESPERA</b> |
| <b>RESPONSABLE</b> | <b>Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR</b> |               |
|                    |                                             |               |



| LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO |                    |        |                    |                 |
|--------------------------------------------|--------------------|--------|--------------------|-----------------|
| CANTIDAD                                   | DESCRIPCIÓN        | UNIDAD | CODIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
| 58                                         | O-rings Chamatron. |        |                    |                 |
|                                            |                    |        |                    |                 |
|                                            |                    |        |                    |                 |
|                                            |                    |        |                    |                 |
|                                            |                    |        |                    |                 |
|                                            |                    |        |                    |                 |
|                                            |                    |        |                    |                 |

| TRABAJOS REALIZADOS/ DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se realiza desmonte de ascudos, limpieza interna y externa cambio de o-rings, prueba física y mecánica, instalación de acoplas. |

| Reporte técnico del servicio |                                     |                     |                          |
|------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Envejecimiento               | <input type="checkbox"/>            | El uso              | <input type="checkbox"/> |
| Desgaste                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio ambiente      | <input type="checkbox"/> |
| Mala operación               | <input type="checkbox"/>            | Defecto de la pieza | <input type="checkbox"/> |

| Medidas aplicadas       |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Rutina de Mantenimiento | <input type="checkbox"/> |
| Reparación              | <input type="checkbox"/> |
| Verificación            | <input type="checkbox"/> |

|                        |                   |      |          |
|------------------------|-------------------|------|----------|
| FECHA INICIO TRABAJOS  | JUAGAS 30/03/2023 | HORA | 07:00 H. |
| FECHA TERMINO TRABAJOS | JUAGAS 30/03/2023 | HORA | 16:00 H. |

| RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO | TIPO/ PUNTUACIÓN | EXCELENTE                | BUENO                               | REGULAR                  | MALO                     |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                       | CALIDAD          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                       | TIEMPO           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| OBSERVACIONES                                |                                          |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|
|                                              |                                          |
| V. cerpu                                     | CC Roque Papeel                          |
| RECEPCION RESPONSABLE AREA<br>NOMBRE Y FIRMA | ENTREGA LIDER TALLERES<br>NOMBRE Y FIRMA |



|                                                          |  |                                                                          |  |                                                        |  |
|----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| <p><b>Victor J. Cerna</b><br/>Nombre de quien recibe</p> |  | <p><b>1065621666</b><br/>No. Cédula de quien recibe</p>                  |  | <p><b>Roberto C. Suarez</b><br/>Nombre responsable</p> |  |
| <p><b>[Signature]</b><br/>Firma de quien recibe</p>      |  | <p><b>10656243205528974</b><br/>No. Teléfono Celular de quien recibe</p> |  | <p><b>[Signature]</b><br/>Firma Responsable</p>        |  |



|                                                                                                                                                                     |                                 |  |                                                     |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|
|   | <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b> |  | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b>                    | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b>  |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b> |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>PROCESO: GESTIÓN LOGISTICA</b>                   | <b>VERSIÓN: 04</b>                  |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>             | <b>PÁGINA 1 de 2</b>                |

|                                     |                                |                                |                               |  |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| <b>Nº Orden de Trabajo</b>          |                                | Homil 097                      |                               |  |
| <b>FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD</b> | <b>NOMBRE DE QUIEN REPORTA</b> | <b>DEPENDENCIA QUE REPORTA</b> | <b>UBICACIÓN</b>              |  |
| 14/04/23 14:30                      | Cap. Rafael Duque              | Mantenimiento                  | Hospitalización piso 07 Norte |  |

|                                                                                                              |                                                   |                                         |                                                    |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <input checked="" type="checkbox"/> <b>VERBAL</b> | <input type="checkbox"/> <b>ESCRITA</b> | <input type="checkbox"/> <b>CORREO ELECTRONICO</b> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|

|                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?</b>                                    |
| Mantenimiento de tomas Chematron. con cambio de Kit de O-rings y limpieza general. (Hospitalización piso 07 Norte). |

|                         |                                       |                                      |                                     |                                 |
|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>SECCIÓN ASIGNADA</b> | <input type="checkbox"/> ELECTRICIDAD | <input type="checkbox"/> PINTURA     | <input type="checkbox"/> MECANICA   | <input type="checkbox"/> OTROS: |
|                         | <input type="checkbox"/> PLOMERIA     | <input type="checkbox"/> CARPINTERIA | <input type="checkbox"/> SOLDADURA  | Control de gases                |
|                         | <input type="checkbox"/> ALBANILERIA  | <input type="checkbox"/> CALDERAS    | <input type="checkbox"/> CERRAJERIA | Medicinas                       |

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO</b> | <b>HORA</b> |
|-------------------------------------|-------------|

|                               |                       |                      |           |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------|
| <b>Estado de la solicitud</b> | <b>Visita Técnica</b> | <b>Confirmado</b>    | <b>Sí</b> |
|                               |                       | <b>Sin Confirmar</b> |           |

|                                     |                                               |                                    |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>¿Trabajo realizado en sitio?</b> | <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No</b> |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|

|                                           |                                                       |                                            |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>¿Tipo de mantenimiento a realizar?</b> | <input checked="" type="checkbox"/> <b>Preventivo</b> | <input type="checkbox"/> <b>Correctivo</b> |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

|                                  |                                             |                          |
|----------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|
| <b>¿Aplicar mantenimiento a?</b> | <input type="checkbox"/> <b>Instalación</b> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|

|                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| <b>Nombre Quien Verifica Visita</b> | <b>Firma</b>      |
| X Henry Perez<br>C.C 5927251        | X Alexander Perez |

|                                        |                                         |                                                    |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Servicio ejecutado por personal</b> | <input type="checkbox"/> <b>Interno</b> | <input checked="" type="checkbox"/> <b>Externo</b> |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|

|                    |                                                 |                                        |
|--------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>PRIORIDAD</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> <b>ALTA</b> | <input type="checkbox"/> <b>MEDIA</b>  |
|                    | <input type="checkbox"/> <b>BAJA</b>            | <input type="checkbox"/> <b>ESPERA</b> |
| <b>RESPONSABLE</b> | <b>Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR</b>     |                                        |



## LIQUIDACION MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO

| CANTIDAD | DESCRIPCION       | UNIDAD | CODIGO DEL ALMACEN | Nº DEL CONTRATO |
|----------|-------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 62       | O'rings Chamatron |        |                    |                 |
|          |                   |        |                    |                 |
|          |                   |        |                    |                 |
|          |                   |        |                    |                 |
|          |                   |        |                    |                 |
|          |                   |        |                    |                 |

## TRABAJOS REALIZADOS/ DESCRIPCION BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO

Se realiza desmonte de escudos, limpieza interna y externa con cambio de orings, prueba física y mecánica e instalación de accepts.

## Reporte técnico del servicio

|                |                                     |                     |                          |
|----------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Envejecimiento | <input type="checkbox"/>            | El uso              | <input type="checkbox"/> |
| Desgaste       | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio ambiente      | <input type="checkbox"/> |
| Mala operación | <input type="checkbox"/>            | Defecto de la pieza | <input type="checkbox"/> |

## Medidas aplicadas

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Rutina de Mantenimiento | <input type="checkbox"/> |
| Reparación              | <input type="checkbox"/> |
| Verificación            | <input type="checkbox"/> |

FECHA INICIO TRABAJOS

Viernes 14/04/2023

HORA

07:00 H

FECHA TERMINO TRABAJOS

Viernes 14/04/2023

HORA

16:00 H

RECEPCION A SATISFACCION DEL  
SERVICIO

TIPO/ PUNTUACION

EXCELENTE

BUENO

REGULAR

MALO

CALIDAD

TIEMPO

OBSERVACIONES

V. cepm

RECEPCION RESPONSABLE AREA  
NOMBRE Y FIRMA

cc Roque Popiel

ENTREGA LIDER TALLERES  
NOMBRE Y FIRMA



|                                                                                                                                                   |                                                               |  |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|
| <p><b>Recibido a satisfacción</b></p> <p><i>Vicente J. Cerna</i>      106560666</p> <p>Nombre de quien recibe      No. Cédula de quien recibe</p> |                                                               |  | <p><i>Gabriel C. Swan</i></p> <p>Nombre responsable</p> |
| <p><i>[Signature]</i></p> <p>Firma de quien recibe</p>                                                                                            | <p>3205528974</p> <p>No. Teléfono Celular de quien recibe</p> |  | <p><i>[Signature]</i></p> <p>Firma Responsable</p>      |



|                                                                                                                                                                     |                                 |  |                                                     |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|
|   | <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b> |  | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b>                    | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b>  |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b> |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA</b>                   | <b>VERSIÓN: 04</b>                  |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>             | <b>PÁGINA 1 de 2</b>                |

|                                     |                                |                                |                              |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <b>Nº Orden de Trabajo</b>          |                                | 10011098                       |                              |
| <b>FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD</b> | <b>NOMBRE DE QUIEN REPORTA</b> | <b>DEPENDENCIA QUE REPORTA</b> | <b>UBICACIÓN</b>             |
| 12 MAR 23 11:00 AM                  | Cap. Rafael Duque              | Mantenimiento                  | Hospitalización piso 07 sur. |

|                                                                                                              |                                            |                                  |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <input checked="" type="checkbox"/> VERBAL | <input type="checkbox"/> ESCRITA | <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?</b>                          |
| Mantenimiento de tomas chomaton, con cambio de o-rings y limpieza general. (Hospitalización piso 07 sur). |

|                         |              |             |            |                  |
|-------------------------|--------------|-------------|------------|------------------|
| <b>SECCION ASIGNADA</b> | ELECTRICIDAD | PINTURA     | MECANICA   | OTROS:           |
|                         | PLOMERIA     | CARPINTERIA | SOLDADURA  | Central de gases |
|                         | ALBANILERIA  | CALDERAS    | CERRAJERÍA | medicinalas      |

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO</b> | <b>HORA</b> |
|-------------------------------------|-------------|

|                               |                       |                   |                      |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Estado de la solicitud</b> | <b>Visita Técnica</b> | <b>Confirmado</b> | <b>Sin Confirmar</b> |
|                               |                       |                   | SI                   |

|                                     |                                        |                             |
|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| <b>¿Trabajo realizado en sitio?</b> | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|

|                                           |                                                |                                     |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>¿Tipo de mantenimiento a realizar?</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Preventivo | <input type="checkbox"/> Correctivo |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|

|                                  |                                      |  |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <b>¿Aplicar mantenimiento a?</b> | <input type="checkbox"/> Instalación |  |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|

|                                     |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| <b>Nombre Quien Verifica Visita</b> | <b>Firma</b>     |
| X Henry Perez<br>C.C. 1927251       | X Alexander Paez |

|                                        |                                  |                                             |
|----------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Servicio ejecutado por personal</b> | <input type="checkbox"/> Interno | <input checked="" type="checkbox"/> Externo |
|----------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|

|                    |                                             |                                 |
|--------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>PRIORIDAD</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> ALTA    | <input type="checkbox"/> MEDIA  |
| <b>RESPONSABLE</b> | <input type="checkbox"/> BAJA               | <input type="checkbox"/> ESPERA |
|                    | <b>Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR</b> |                                 |



## LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN       | UNIDAD | CÓDIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
|----------|-------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 49       | O-rings Chema-ton |        |                    |                 |
|          |                   |        |                    |                 |
|          |                   |        |                    |                 |
|          |                   |        |                    |                 |
|          |                   |        |                    |                 |
|          |                   |        |                    |                 |

## TRABAJOS REALIZADOS/ DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO

Se realiza desmonte de escudos, limpieza interna y externa, cambio de O-rings, prueba física y mecánica e instalación de acoples.

## Reporte técnico del servicio

|                |                                     |                     |  |
|----------------|-------------------------------------|---------------------|--|
| Envejecimiento |                                     | El uso              |  |
| Desgaste       | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio ambiente      |  |
| Mala operación |                                     | Defecto de la pieza |  |

## Medidas aplicadas

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Rutina de Mantenimiento |  |
| Reparación              |  |
| Verificación            |  |

FECHA INICIO TRABAJOS

JUNAS 17/04/2023

HORA

07:00 H

FECHA TERMINO TRABAJOS

JUNAS 17/04/2023

HORA

16:00 H

RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO

TIPO/ PUNTUACIÓN

EXCELENTE

BUENO

REGULAR

MALO

CALIDAD

TIEMPO

OBSERVACIONES

V. copy

RECEPCIÓN RESPONSABLE AREA  
NOMBRE Y FIRMA

Rogelio Ragoel

ENTREGA LIDER TALLERES  
NOMBRE Y FIRMA



|                        |                                      |                         |  |                    |  |
|------------------------|--------------------------------------|-------------------------|--|--------------------|--|
| Victor J. Cerpa        |                                      | Recluido a satisfacción |  | Gabriel C. Suan    |  |
| Nombre de quien recibe | No. Cédula de quien recibe           | 1065601666              |  | Nombre responsable |  |
| [Signature]            | 3205528974                           | [Signature]             |  | Firma Responsable  |  |
| Firma de quien recibe  | No. Teléfono Celular de quien recibe | [Signature]             |  | Firma Responsable  |  |



|                                                                                                                                                                     |                                                     |                                  |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>                                                                                                                                     |                                                     | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b> | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b>  |
|   | <b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b> |                                  | <b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b> |
|                                                                                                                                                                     | <b>PROCESO: GESTIÓN LOGISTICA</b>                   |                                  | <b>VERSIÓN: 04</b>                  |
|                                                                                                                                                                     | <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>             |                                  | <b>PÁGINA 1 de 2</b>                |

|                                     |                                |                                |                                  |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <b>N° Orden de Trabajo</b>          |                                | 10 mil 099                     |                                  |
| <b>FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD</b> | <b>NOMBRE DE QUIEN REPORTA</b> | <b>DEPENDENCIA QUE REPORTA</b> | <b>UBICACIÓN</b>                 |
| 28 MM 3 AA 3 HH MM                  | Cap. Rafael Duque              | Mantenimiento                  | Urg. Radiológica<br>Urg. Central |

|                                                                                                              |               |                |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <b>VERBAL</b> | <b>ESCRITA</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> |
|                                                                                                              |               |                |                           |

|                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?</b>                                   |
| Mantenimiento de tomas Chematon con cambio de O-rings y limpieza general. (Urgencia pediátrica y urgencia central) |

|                         |              |             |            |                  |
|-------------------------|--------------|-------------|------------|------------------|
| <b>SECCIÓN ASIGNADA</b> | ELECTRICIDAD | PINTURA     | MECANICA   | OTROS:           |
|                         | PLOMERIA     | CARPINTERIA | SOLDADURA  | Central de gases |
|                         | ALBAÑILERIA  | CALDERAS    | CERRAJERÍA | medicinal.       |

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO</b> | <b>HORA</b> |
|                                     |             |

|                               |                       |                   |                      |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Estado de la solicitud</b> | <b>Visita Técnica</b> | <b>Confirmado</b> | <b>Sin Confirmar</b> |
|                               |                       |                   | SI                   |

|                                     |           |           |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| <b>¿Trabajo realizado en sitio?</b> | <b>SI</b> | <b>No</b> |
|                                     |           |           |

|                                           |                   |                   |
|-------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>¿Tipo de mantenimiento a realizar?</b> | <b>Preventivo</b> | <b>Correctivo</b> |
|                                           |                   |                   |

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| <b>¿Aplicar mantenimiento a?</b> | <b>Instalación</b> |
|                                  |                    |

|                                     |               |
|-------------------------------------|---------------|
| <b>Nombre Quien Verifica Visita</b> | <b>Firma</b>  |
| X Henry Pery<br>C.C. 1927251        | X Alvaro Pery |

|                                        |                |                |
|----------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Servicio ejecutado por personal</b> | <b>Interno</b> | <b>Externo</b> |
|                                        |                |                |

|                    |                                             |               |
|--------------------|---------------------------------------------|---------------|
| <b>PRIORIDAD</b>   | <b>ALTA</b>                                 | <b>MEDIA</b>  |
|                    |                                             |               |
| <b>RESPONSABLE</b> | <b>BAJA</b>                                 | <b>ESPERA</b> |
|                    |                                             |               |
|                    | <b>N° TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR</b> |               |
|                    |                                             |               |



| LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO |                   |        |                    |                 |
|--------------------------------------------|-------------------|--------|--------------------|-----------------|
| CANTIDAD                                   | DESCRIPCIÓN       | UNIDAD | CÓDIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
| 40                                         | O-rings Charnaton |        |                    |                 |
|                                            |                   |        |                    |                 |
|                                            |                   |        |                    |                 |
|                                            |                   |        |                    |                 |
|                                            |                   |        |                    |                 |
|                                            |                   |        |                    |                 |

| TRABAJOS REALIZADOS/ DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se realiza desmonta de ascudos, limpieza interna y externa, cambio de O-rings, prueba física y mecánica, instalación de acoplas. |

| Reporte técnico del servicio |                                     |                     |                          |
|------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Envejecimiento               | <input type="checkbox"/>            | El uso              | <input type="checkbox"/> |
| Desgaste                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio ambiente      | <input type="checkbox"/> |
| Mala operación               | <input type="checkbox"/>            | Defecto de la pieza | <input type="checkbox"/> |

| Medidas aplicadas       |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Rutina de Mantenimiento | <input type="checkbox"/> |
| Reparación              | <input type="checkbox"/> |
| Verificación            | <input type="checkbox"/> |

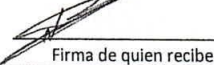
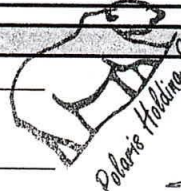
|                        |                   |      |          |
|------------------------|-------------------|------|----------|
| FECHA INICIO TRABAJOS  | Martes 28/03/2023 | HORA | 07:00 H. |
| FECHA TERMINO TRABAJOS | Martes 28/03/2023 | HORA | 16:00 H. |

| RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO | TIPO/ PUNTUACIÓN | EXCELENTE                | BUENO                               | REGULAR                  | MALO                     |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                       | CALIDAD          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                       | TIEMPO           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| OBSERVACIONES                                             |                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           |                                                                                                                                   |
| U. cerpin<br>RECEPCION RESPONSABLE AREA<br>NOMBRE Y FIRMA | <br>ENTREGA LIDER TALLERES<br>NOMBRE Y FIRMA |



Homil 099

|  Oficina - Taller : Car 110 a No. 63 20<br>Oficina Alterna: Car 98 No. 14 60 Apto 201 T 9<br>Bogotá Colombia<br>Celular: 57 317 4393976 Fijo: 57 1 4131823<br>NIT. 901.104.871-4 Regimen Común                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                               | <b>Reporte de Trabajo</b>                                  |  | No. _____<br>Fecha<br><b>28-03-2023</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|
| Cliente: <b>Hospital Militar Central</b><br>Persona Contacto: <b>Cap. Rafael Duque</b><br>Proyecto: <b>Mantenimiento redes de gases medicinales</b><br>Hora Inicio: <b>07:00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ciudad: <b>Bogotá</b><br>Dirección: _____<br>Hora Final: <b>16:00</b>                                                                                                                                         | Tel: _____<br>O.C. _____<br>Area Negocio: <b>Medicinal</b> |  |                                         |
| Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Actividades Realizadas                                                                                                                                                                                        |                                                            |  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Urgencia pederótica</b><br><b>Mantenimiento tomas Chamatran cambio de orings y limpieza general.</b><br><b>12 Unidades O<sub>2</sub></b><br><b>07 Unidades aire medicinal</b><br><b>07 Unidades Vacio.</b> |                                                            |  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Urgencia central</b><br><b>Mantenimiento tomas Chamatran cambio de orings y limpieza general</b><br><b>08 Unidades O<sub>2</sub></b><br><b>03 Unidades aire medicinal.</b><br><b>03 Unidades Vacio.</b>    |                                                            |  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>TOTAL: 40 tomas Chamatran.</b>                                                                                                                                                                             |                                                            |  |                                         |
| <b>Observaciones:</b> <b>Prueba de estanqueidad 02 horas 00 PSI.</b><br><b>Prueba de gases cruzados satisfactoria.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                               |                                                            |  |                                         |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Victor J. Corp</b><br/>           Nombre de quien recibe<br/> <br/>           Firma de quien recibe         </div> <div> <b>1065621666</b><br/>           No. Cédula de quien recibe<br/> <b>325528974</b><br/>           No. Teléfono Celular de quien recibe         </div> <div>  <b>Jaime C. Suarez</b><br/>           Nombre responsable<br/> <b>77777777</b><br/>           Firma Responsable         </div> </div> |                                                                                                                                                                                                               |                                                            |  |                                         |



Hamilbo

|                                                                                                                                                                     |                                              |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL                                                                                                                                            | FORMATO: ORDEN DE TRABAJO                    | CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02  |
|   | UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO) | FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023 |
|                                                                                                                                                                     | PROCESO: GESTIÓN LOGISTICA                   | VERSIÓN: 04                  |
|                                                                                                                                                                     | SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI             | PÁGINA 1 de 2                |

|                              |                         |                         |                         |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Nº Orden de Trabajo          |                         |                         |                         |
| FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD | NOMBRE DE QUIEN REPORTA | DEPENDENCIA QUE REPORTA | UBICACIÓN               |
| 18/04/23 HH MM               | Cap. Rafael Duque       | Mantenimiento           | Hospitalización PISO 05 |

|                                                                                                       |        |         |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|--------------------|
| TIPO SOLICITUD<br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | VERBAL | ESCRITA | CORREO ELECTRÓNICO |
|                                                                                                       |        |         |                    |

|                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?                                |
| Mantenimiento de temas AGA con cambio de orings, vástagos y limpieza general. (Hospitalización piso 05). |

|                  |              |             |            |                  |
|------------------|--------------|-------------|------------|------------------|
| SECCIÓN ASIGNADA | ELECTRICIDAD | PINTURA     | MECANICA   | OTROS:           |
|                  | PLOMERIA     | CARPINTERIA | SOLDADURA  | Central de gases |
|                  | ALBAÑILERIA  | CALDERAS    | CERRAJERÍA | medicinales      |

|                              |      |
|------------------------------|------|
| FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO | HORA |
|                              |      |

|                        |                |               |    |
|------------------------|----------------|---------------|----|
| Estado de la solicitud | Visita Técnica | Confirmado    | Sí |
|                        |                | Sin Confirmar |    |

|                              |    |    |
|------------------------------|----|----|
| ¿Trabajo realizado en sitio? | Sí | No |
|                              |    |    |

|                                    |            |            |
|------------------------------------|------------|------------|
| ¿Tipo de mantenimiento a realizar? | Preventivo | Correctivo |
|                                    |            |            |

|                           |             |  |
|---------------------------|-------------|--|
| ¿Aplicar mantenimiento a? | Instalación |  |
|                           |             |  |

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| Nombre Quien Verifica Visita  | Firma             |
| X Henry Perez<br>C.C. 1927251 | X Alexander Perez |

|                                 |         |         |
|---------------------------------|---------|---------|
| Servicio ejecutado por personal | Interno | Externo |
|                                 |         |         |

|             |                                      |        |
|-------------|--------------------------------------|--------|
| PRIORIDAD   | ALTA                                 | MEDIA  |
|             | BAJA                                 | ESPERA |
| RESPONSABLE | Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR |        |
|             |                                      |        |



## LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN            | UNIDAD | CÓDIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
|----------|------------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 28       | O-rings y Vástagos AGA |        |                    |                 |
| 28       | Vástagos               |        |                    |                 |
| 10       | Cheque Primario y Sec  |        |                    |                 |
|          |                        |        |                    |                 |
|          |                        |        |                    |                 |
|          |                        |        |                    |                 |

## TRABAJOS REALIZADOS/ DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO

Se realiza desmonta de escudos, limpieza interna y externa, con cambio de O-rings, vástagos; prueba física y mecánica e instalación de o-rings. 10 und Cheque Primario y Secundario

## Reporte técnico del servicio

|                |                                     |                     |                          |
|----------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Envejecimiento | <input type="checkbox"/>            | El uso              | <input type="checkbox"/> |
| Desgaste       | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio ambiente      | <input type="checkbox"/> |
| Mala operación | <input type="checkbox"/>            | Defecto de la pieza | <input type="checkbox"/> |

## Medidas aplicadas

Rutina de Mantenimiento

Reparación

Verificación

FECHA INICIO TRABAJOS

Martes 18/04/2023

HORA

07:00 H

FECHA TERMINO TRABAJOS

Martes 18/04/2023

HORA

16:00 H

RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO

TIPO/ PUNTUACIÓN

EXCELENTE

BUENO

REGULAR

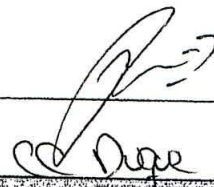
MALO

CALIDAD

TIEMPO

OBSERVACIONES

V. Cerpa

RECEPCION RESPONSABLE AREA  
NOMBRE Y FIRMA

ENTREGA LIDER TALLERES  
NOMBRE Y FIRMA



| Oficina - Taller : Car 110 a No. 63 20<br>Oficina Alterna: Car 98 No. 14 60 Apto 201 T 9<br>Bogotá Colombia<br>Celular: 57 317 4393976    Fijo: 57 1 4131823<br>NIT. 901.104.871-4 Régimen Común                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Reporte de Trabajo</b>                       |  | No.<br>Fecha<br><b>18-04-2023</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|-----------------------------------|
| Cliente: <b>Hospital Militar Cantxa</b><br>Persona Contacto: <b>Cap. Rafael Duque</b><br>Proyecto: <b>Mantenimiento redes de gases medicinales</b><br>Hora Inicio: <b>07:00</b>                                                                                                                                                                                                                | Ciudad: <b>Bogotá</b><br>Dirección:<br>Hora Final: <b>16:00</b>                                                                                                                                                                                                            | Tel:<br>O.C.:<br>Area Negocio: <b>Medicinal</b> |  |                                   |
| Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Actividades Realizadas                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |  |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Hospitalización piso 05</p> <p>Mantenimiento tomas AGA con cambio de kit de O'ring y vástagos.</p> <p>28 Unidades tomas AGA, uso O<sub>2</sub>.</p> <p>10 Cheques Primarios</p> <div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <p>Total: 28 tomas AGA.</p> </div> |                                                 |  |                                   |
| <b>Observaciones:</b> Prueba de asfiquencia de 02 horas, 60 PSI. Prueba de gases cruzados, satisfactoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                 |  |                                   |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Víctor José Corp. Bogotá 10 65 60 666</p> <p>No. Cédula de quien recibe</p> <p>Firma de quien recibe</p> </div> <div> <p>Recibido a satisfacción</p> <p>3205528974</p> <p>No. Teléfono Celular de quien recibe</p> </div> <div> <p>Gabriel C. Swanf</p> <p>Nombre responsable</p> <p>Firma Responsable</p> </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                 |  |                                   |







## LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN            | UNIDAD | CÓDIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
|----------|------------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 28       | O'rings A6A.           |        |                    |                 |
| 28       | Vastagos               |        |                    |                 |
| 10       | Cleque Primario y Sec. |        |                    |                 |
|          |                        |        |                    |                 |
|          |                        |        |                    |                 |
|          |                        |        |                    |                 |

## TRABAJOS REALIZADOS/ DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO

Se realiza desmonte de ascudos, limpieza interna y externa, cambio de o'rings, prueba física y mecánica e instalación de acoplos (10) und Cleque primario y secundario.

## Reporte técnico del servicio

|                |                                     |                     |  |
|----------------|-------------------------------------|---------------------|--|
| Envejecimiento |                                     | El uso              |  |
| Desgaste       | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio ambiente      |  |
| Mala operación |                                     | Defecto de la pieza |  |

## Medidas aplicadas

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Rutina de Mantenimiento |  |
| Reparación              |  |
| Verificación            |  |

FECHA INICIO TRABAJOS

Miércoles 19/04/2023

HORA

07:00 H

FECHA TERMINO TRABAJOS

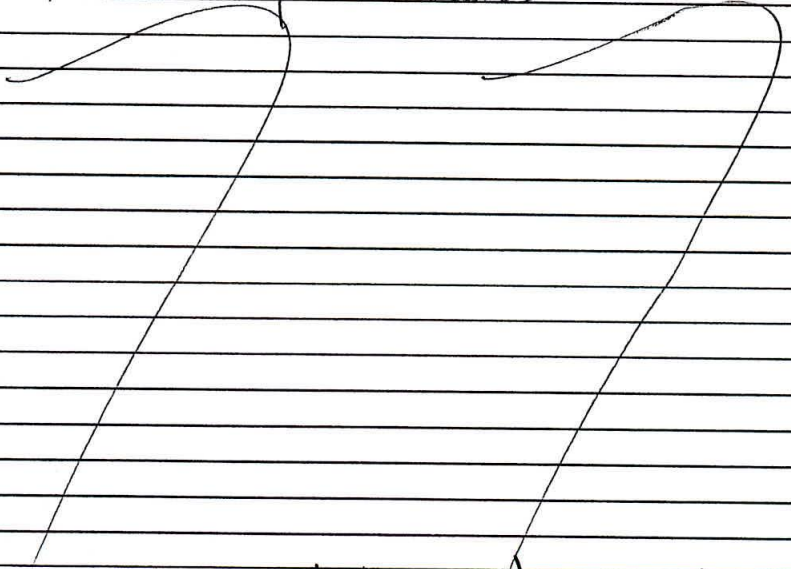
Miércoles 19/04/2023

HORA

16:00 H

| RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                  | TIPO/ PUNTUACIÓN | EXCELENTE | BUENO                               | REGULAR                             | MALO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CALIDAD          |           |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |      |
| TIEMPO                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |           | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |      |
| OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |           |                                     |                                     |      |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>U. cerpa</p> <p>RECEPCION RESPONSABLE AREA</p> <p>NOMBRE Y FIRMA</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>cc Jorge Boel</p> <p>ENTREGA LIDER TALLERES</p> <p>NOMBRE Y FIRMA</p> </div> </div> |                  |           |                                     |                                     |      |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |  |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|
| Oficina - Taller : Car 110 a No. 63 20<br>Oficina Alterna: Car 98 No. 14 60 Apto 201 T 9<br>Bogotá Colombia<br>Celular: 57 317 4393976 Fijo: 57 1 4131823<br>NIT. 901.104.871-4 Régimen Común                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Reporte de Trabajo</b>                                  |  | No. _____<br>Fecha<br><b>19-04-2023</b> |
| Cliente: <b>Hospital Militar Central</b><br>Persona Contacto: <b>Cap. Rafael Duque</b><br>Proyecto: <b>Mantenimiento redes de gases medicinales</b><br>Hora Inicio: <b>07:00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ciudad: <b>Bogotá</b><br>Dirección: _____<br>Hora Final: <b>16:00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Tel: _____<br>O.C. _____<br>Area Negocio: <b>Medicinal</b> |  |                                         |
| Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Actividades Realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                            |  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Hospitalización piso 05 sur.<br>Mantenimiento tomas AGA con cambio del Kit de O-rings y limpieza general. cambio usfagos<br>28 Unidades tomas AGA, uso vacío<br>10 Cables Primarios y Secundarios<br><div style="text-align: center;">  </div> Total: 28 tomas AGA. |                                                            |  |                                         |
| Observaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Prueba de estanqueidad 02 horas, 60 PSI.<br>Prueba de gases cruzados, satisfactoria.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            |  |                                         |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Recibido a satisfacción</b><br/> <b>Victor Jose Corp Corp</b><br/>         Nombre de quien recibe<br/> <b>3205528974</b><br/>         No. Teléfono Celular de quien recibe       </div> <div> <b>1065601666</b><br/>         No. Cédula de quien recibe<br/> <b>3205528974</b><br/>         No. Teléfono Celular de quien recibe       </div> <div> <b>Victor S. Suarez</b><br/>         Nombre responsable<br/> <b>11771</b><br/>         Firma Responsable       </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |  |                                         |



|                                                                                                                                                                     |                                                     |                                  |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>                                                                                                                                     |                                                     | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b> | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b>  |
|   | <b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b> |                                  | <b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b> |
|                                                                                                                                                                     | <b>PROCESO: GESTIÓN LOGISTICA</b>                   |                                  | <b>VERSIÓN: 04</b>                  |
|                                                                                                                                                                     | <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>             |                                  | <b>PÁGINA 1 de 2</b>                |

|                                     |                                |                                |                           |  |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--|
| <b>Nº Orden de Trabajo</b>          |                                | Homil 102                      |                           |  |
| <b>FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD</b> | <b>NOMBRE DE QUIEN REPORTA</b> | <b>DEPENDENCIA QUE REPORTA</b> | <b>UBICACIÓN</b>          |  |
| 100 MAY 23 11:00 AM                 | Cap. Rafael Duque              | Mantenimiento                  | Hospitalización PISO 12 C |  |

|                                                                                                              |               |                |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <b>VERBAL</b> | <b>ESCRITA</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> |
|                                                                                                              |               |                |                           |

|                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?</b>                  |
| Mantenimiento de Tomas Amico con cambio de o'nings y limpieza general. (Hospitalización piso 12). |

|                         |              |             |            |                  |
|-------------------------|--------------|-------------|------------|------------------|
| <b>SECCIÓN ASIGNADA</b> | ELECTRICIDAD | PINTURA     | MECANICA   | OTROS:           |
|                         | PLOMERIA     | CARPINTERIA | SOLDADURA  | Central de gases |
|                         | ALBAÑILERIA  | CALDERAS    | CERRAJERÍA | medicinales      |

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO</b> | <b>HORA</b> |
|                                     |             |

|                               |                       |                   |                      |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Estado de la solicitud</b> | <b>Visita Técnica</b> | <b>Confirmado</b> | <b>Sin Confirmar</b> |
|                               |                       |                   | SI                   |

|                                     |           |           |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| <b>¿Trabajo realizado en sitio?</b> | <b>SI</b> | <b>No</b> |
|                                     |           |           |

|                                           |                   |                   |
|-------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>¿Tipo de mantenimiento a realizar?</b> | <b>Preventivo</b> | <b>Correctivo</b> |
|                                           |                   |                   |

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| <b>¿Aplicar mantenimiento a?</b> | <b>Instalación</b> |
|                                  |                    |

|                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| <b>Nombre Quien Verifica Visita</b> | <b>Firma</b>      |
| X Henry Perez<br>C.C 1927251        | X Alexander Perez |

|                                        |                |                |
|----------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Servicio ejecutado por personal</b> | <b>Interno</b> | <b>Externo</b> |
|                                        |                |                |

|                    |                                             |               |
|--------------------|---------------------------------------------|---------------|
| <b>PRIORIDAD</b>   | <b>ALTA</b>                                 | <b>MEDIA</b>  |
|                    |                                             |               |
| <b>RESPONSABLE</b> | <b>BAJA</b>                                 | <b>ESPERA</b> |
|                    |                                             |               |
|                    | <b>Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR</b> |               |
|                    |                                             |               |



| LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO |               |        |                    |                 |
|--------------------------------------------|---------------|--------|--------------------|-----------------|
| CANTIDAD                                   | DESCRIPCIÓN   | UNIDAD | CÓDIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
| 38                                         | O'rings Amico |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |

| TRABAJOS REALIZADOS / ¿DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se realiza desmonte de escudos, limpieza interna y externa, cambio de O'rings, prueba física y mecánica, instalación de acoplas. |

| Reporte técnico del servicio |   |                     |  |
|------------------------------|---|---------------------|--|
| Envejecimiento               |   | El uso              |  |
| Desgaste                     | X | Medio ambiente      |  |
| Mala operación               |   | Defecto de la pieza |  |

| Medidas aplicadas       |  |
|-------------------------|--|
| Rutina de Mantenimiento |  |
| Reparación              |  |
| Verificación            |  |

|                        |                      |      |         |
|------------------------|----------------------|------|---------|
| FECHA INICIO TRABAJOS  | Miércoles 12/04/2023 | HORA | 07:00 H |
| FECHA TERMINO TRABAJOS | Miércoles 12/04/2023 | HORA | 16:00 H |

| RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO | TIPO/ Puntuación | EXCELENTE | BUENO | REGULAR | MALO |
|---------------------------------------|------------------|-----------|-------|---------|------|
|                                       | Calidad          |           | X     |         |      |
|                                       | Tiempo           |           | X     |         |      |

OBSERVACIONES

|                                              |  |                                          |  |
|----------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| <p>V. cerpa</p>                              |  | <p>cc. Roque Bopel</p>                   |  |
| RECEPCION RESPONSABLE ÁREA<br>NOMBRE Y FIRMA |  | ENTREGA LIDER TALLERES<br>NOMBRE Y FIRMA |  |







|                                                                                                                                                                     |                                 |  |                                                     |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|
|   | <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b> |  | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b>                    | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b>  |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b> |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>PROCESO: GESTIÓN LOGISTICA</b>                   | <b>VERSIÓN: 04</b>                  |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>             | <b>PÁGINA 1 de 2</b>                |

|                                     |                                |                                |                               |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <b>Nº Orden de Trabajo</b>          |                                | Homil 103                      |                               |
| <b>FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD</b> | <b>NOMBRE DE QUIEN REPORTA</b> | <b>DEPENDENCIA QUE REPORTA</b> | <b>UBICACION</b>              |
| 13 AM 23 HH MM                      | Cap. Rafael Duque              | Mantenimiento                  | Hospitalización PISO 12 norte |

|                                                                                                              |               |                |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <b>VERBAL</b> | <b>ESCRITA</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> |
|                                                                                                              |               |                |                           |

|                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?</b>                               |
| Mantenimiento de Tomas Amico con cambio de kit de oxígeno y limpieza general. (Hospitalización piso 12 norte). |

|                         |              |             |            |                  |
|-------------------------|--------------|-------------|------------|------------------|
| <b>SECCIÓN ASIGNADA</b> | ELECTRICIDAD | PINTURA     | MECANICA   | OTROS:           |
|                         | PLOMERIA     | CARPINTERIA | SOLDADURA  | Central de gases |
|                         | ALBAÑILERIA  | CALDERAS    | CERRAJERÍA | medicinales      |

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO</b> | <b>HORA</b> |
|                                     |             |

|                               |                       |                   |                      |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Estado de la solicitud</b> | <b>Visita Técnica</b> | <b>Confirmado</b> | <b>Sin Confirmar</b> |
|                               |                       |                   | Si                   |

|                                           |                    |                   |
|-------------------------------------------|--------------------|-------------------|
| <b>¿Trabajo realizado en sitio?</b>       | <b>SI</b>          | <b>No</b>         |
|                                           |                    |                   |
| <b>¿Tipo de mantenimiento a realizar?</b> | <b>Preventivo</b>  | <b>Correctivo</b> |
|                                           |                    |                   |
| <b>¿Aplicar mantenimiento a?</b>          | <b>Instalación</b> |                   |
|                                           |                    |                   |

|                                     |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| <b>Nombre Quien Verifica Visita</b> | <b>Firma</b>     |
| X Honey Pera<br>C.C. 1927254        | X Alexander Pera |

|                                        |                |                |
|----------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Servicio ejecutado por personal</b> | <b>Interno</b> | <b>Externo</b> |
|                                        |                |                |

|                    |                                             |               |
|--------------------|---------------------------------------------|---------------|
| <b>PRIORIDAD</b>   | <b>ALTA</b>                                 | <b>MEDIA</b>  |
|                    |                                             |               |
| <b>RESPONSABLE</b> | <b>BAJA</b>                                 | <b>ESPERA</b> |
|                    |                                             |               |
|                    | <b>Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR</b> |               |
|                    |                                             |               |



## LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN   | UNIDAD | CÓDIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
|----------|---------------|--------|--------------------|-----------------|
| 44       | O-rings Amico |        |                    |                 |
|          |               |        |                    |                 |
|          |               |        |                    |                 |
|          |               |        |                    |                 |
|          |               |        |                    |                 |
|          |               |        |                    |                 |

## TRABAJOS REALIZADOS/ DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO

Se realiza desmonte de escudos, limpieza interna y externa con cambio de O-rings, prueba física y mecánica, instalación de acoplas.

## Reporte técnico del servicio

|                |                                     |                     |                          |
|----------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Envejecimiento | <input type="checkbox"/>            | El uso              | <input type="checkbox"/> |
| Desgaste       | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio ambiente      | <input type="checkbox"/> |
| Mala operación | <input type="checkbox"/>            | Defecto de la pieza | <input type="checkbox"/> |

## Medidas aplicadas

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Rutina de Mantenimiento | <input type="checkbox"/> |
| Reparación              | <input type="checkbox"/> |
| Verificación            | <input type="checkbox"/> |

|                        |                   |      |         |
|------------------------|-------------------|------|---------|
| FECHA INICIO TRABAJOS  | Jueves 13/04/2023 | HORA | 04:00 H |
| FECHA TERMINO TRABAJOS | Jueves 13/04/2023 | HORA | 16:00 H |

| RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO | TIPO/ PUNTUACIÓN | EXCELENTE                | BUENO                               | REGULAR                  | MALO                     |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                       | CALIDAD          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                       | TIEMPO           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## OBSERVACIONES

|                                              |                                          |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|
| N. cepu                                      | cc Jorge Rafael                          |
| RECEPCIÓN RESPONSABLE AREA<br>NOMBRE Y FIRMA | ENTREGA LIDER TALLERES<br>NOMBRE Y FIRMA |



|                                                            |  |                                                                      |  |                                                     |  |
|------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|
| <p><b>Victor J. Corp</b></p> <p>Nombre de quien recibe</p> |  | <p><b>1065601666</b></p> <p>No. Cédula de quien recibe</p>           |  | <p><b>10/05/2011</b></p> <p>Fecha</p>               |  |
| <p><b>[Signature]</b></p> <p>Firma de quien recibe</p>     |  | <p><b>3205528974</b></p> <p>No. Teléfono Celular de quien recibe</p> |  | <p><b>[Signature]</b></p> <p>Nombre responsable</p> |  |
|                                                            |  |                                                                      |  | <p><b>[Signature]</b></p> <p>Firma Responsable</p>  |  |



|                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b><br>  |  | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b><br><b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b><br><b>PROCESO: GESTIÓN LOGISTICA</b><br><b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b> | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b><br><b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b><br><b>VERSIÓN: 04</b><br><b>PÁGINA 1 de 2</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                     |                                |                                |                           |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| <b>Nº Orden de Trabajo</b>          |                                | Homil 104                      |                           |
| <b>FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD</b> | <b>NOMBRE DE QUIEN REPORTA</b> | <b>DEPENDENCIA QUE REPORTA</b> | <b>UBICACIÓN</b>          |
| 04/01/23 11:00 AM                   | Cap. Rafael Duque              | Mantenimiento                  | Sala de primeros auxilios |

|                                                                                                              |                                                   |                                         |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <input checked="" type="checkbox"/> <b>VERBAL</b> | <input type="checkbox"/> <b>ESCRITA</b> | <input type="checkbox"/> <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?</b><br>- Mantenimiento tomas Amico con cambio de kit de O rings y limpieza general. (Sala primer piso, procedimientos menores).<br>- Mantenimiento tomas chamon con cambio de kit de O rings y limpieza general. (Sala de procedimientos). |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                               |                                                                                                               |                                                                                                                |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>SECCIÓN ASIGNADA</b><br><input type="checkbox"/> ELECTRICIDAD<br><input type="checkbox"/> PLOMERIA<br><input type="checkbox"/> ALBAÑILERIA | <input type="checkbox"/> PINTURA<br><input type="checkbox"/> CARPINTERIA<br><input type="checkbox"/> CALDERAS | <input type="checkbox"/> MECANICA<br><input type="checkbox"/> SOLDADURA<br><input type="checkbox"/> CERRAJERÍA | <b>OTROS:</b><br>Control de gases medicinales |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

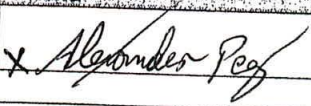
|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO</b> | <b>HORA</b> |
|-------------------------------------|-------------|

|                               |                                                                                                                   |    |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Estado de la solicitud</b> | <b>Visita Técnica</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Confirmado<br><input type="checkbox"/> Sin Confirmar | Si |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                     |                                                                       |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Trabajo realizado en sitio?</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

|                                           |                                                                                       |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Tipo de mantenimiento a realizar?</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Preventivo<br><input type="checkbox"/> Correctivo |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>¿Aplicar mantenimiento a?</b> | <input type="checkbox"/> Instalación |
|----------------------------------|--------------------------------------|

|                                                                    |                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre Quien Verifica Visita</b><br>Henry Perez<br>C.C. 1927251 | <b>Firma</b><br> |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                        |                                                                                 |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicio ejecutado por personal</b> | <input type="checkbox"/> Interno<br><input checked="" type="checkbox"/> Externo |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                               |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>PRIORIDAD</b><br><input checked="" type="checkbox"/> ALTA<br><input type="checkbox"/> BAJA | <input type="checkbox"/> MEDIA ESPERA       |
| <b>RESPONSABLE</b>                                                                            | <b>Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR</b> |



| LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO |                   |        |                    |                 |
|--------------------------------------------|-------------------|--------|--------------------|-----------------|
| CANTIDAD                                   | DESCRIPCIÓN       | UNIDAD | CÓDIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
| 30                                         | O-rings Amico     |        |                    |                 |
| 16                                         | O-rings Chamatron |        |                    |                 |
|                                            |                   |        |                    |                 |
|                                            |                   |        |                    |                 |
|                                            |                   |        |                    |                 |
|                                            |                   |        |                    |                 |

| TRABAJOS REALIZADOS/ ¿DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se realizó desmonte de ascudas, limpieza interna y externa con cambio de o-rings, prueba física y mecánica, instalación de acoplas. |

| Reporte técnico del servicio |                                     |                     |                          |
|------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Envejecimiento               | <input type="checkbox"/>            | El uso              | <input type="checkbox"/> |
| Desgaste                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio ambiente      | <input type="checkbox"/> |
| Mala operación               | <input type="checkbox"/>            | Defecto de la pieza | <input type="checkbox"/> |

| Medidas aplicadas       |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Rutina de Mantenimiento | <input type="checkbox"/> |
| Reparación              | <input type="checkbox"/> |
| Verificación            | <input type="checkbox"/> |

|                        |                    |      |          |
|------------------------|--------------------|------|----------|
| FECHA INICIO TRABAJOS  | Mar 14 / 04 / 2023 | HORA | 07:00 H. |
| FECHA TERMINO TRABAJOS | Mar 14 / 04 / 2023 | HORA | 16:00 H. |

| RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO | TIPO/ PUNTUACIÓN | EXCELENTE                | BUENO                               | REGULAR                  | MALO                     |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                       | CALIDAD          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                       | TIEMPO           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| OBSERVACIONES                                            |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                          |                                                                                                                                  |
| N. cerpa<br>RECEPCION RESPONSABLE AREA<br>NOMBRE Y FIRMA | <br>ENTREGA LIDER TALLERES<br>NOMBRE Y FIRMA |



Homil 104

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|
|  Oficina - Taller : Car 110 a No. 63 20<br>Oficina Alterna: Car 98 No. 14 60 Apto 201 T 9<br>Bogotá Colombia<br>Celular: 57 317 4393976 Fijo: 57 1 4131823<br>NIT: 901.104.871-4 Régimen Común | Reporte de Trabajo | No.   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    | Fecha |

04-04-2023

|                   |                                          |             |        |               |           |
|-------------------|------------------------------------------|-------------|--------|---------------|-----------|
| Cliete:           | Hospital Militar Central                 | Ciudad:     | Bogotá | Tel:          |           |
| Persona Contacto: | Cap. Rafael Duque                        | Dirección:  |        | O.C.          |           |
| Proyecto:         | Mantenimiento redes de gases medicinales |             |        |               |           |
| Hora Inicio:      | 07:00                                    | Hora Final: | 16:00  | Area Negocio: | Medicinal |

| Item | Actividades Realizadas                                                         |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|
|      | Sala primer piso procadimiantos manoras.                                       |
|      | Mantenimiento tomas Amico con cambio de kit de O-rings y limpieza general.     |
|      | 12 Unidades toma Amico, uso O <sub>2</sub> .                                   |
|      | 06 Unidades toma Amico, aire medicinal                                         |
|      | 12 Unidades toma Amico, uso vacio.                                             |
|      | Sala de procadimiantos                                                         |
|      | Mantenimiento tomas Chama-tron con cambio de kit de o-rings y limpieza general |
|      | 05 Unidades tomas Chama-tron, uso O <sub>2</sub>                               |
|      | 06 Unidades tomas Chama-tron, aire medicinal                                   |
|      | 05 Unidades tomas Chama-tron, vacio                                            |
|      | Total: tomas Amico 30                                                          |
|      | Total: tomas Chama-tron 16                                                     |

|                |                                          |
|----------------|------------------------------------------|
| Observaciones: | Prueba de estanquidad 02 horas, 60 PST   |
|                | Prueba de gases cruzados, satisfactoria. |
|                |                                          |
|                |                                          |
|                |                                          |

|                                                                                                                           |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Recibido a satisfacción                                                                                                   |                                                    |
| Victor L. Cerpa<br>Nombre de quien recibe                                                                                 | 1065621666<br>No. Cédula de quien recibe           |
| <br>Firma de quien recibe              | 3205528974<br>No. Teléfono Celular de quien recibe |
|  Gabriel Suarez<br>Nombre responsable |                                                    |
| 77711771<br>Firma Responsable                                                                                             |                                                    |

cc Duque



|                                                                                                                                                                     |  |                                                     |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>                                                                                                                                     |  | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b>                    | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b>  |
|   |  | <b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b> |
|                                                                                                                                                                     |  | <b>PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA</b>                   | <b>VERSIÓN: 04</b>                  |
| <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>                                                                                                                             |  |                                                     | <b>PÁGINA 1 de 2</b>                |

|                                     |                                |                                |                  |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------|
| <b>Nº Orden de Trabajo</b>          |                                | Homil 105                      |                  |
| <b>FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD</b> | <b>NOMBRE DE QUIEN REPORTA</b> | <b>DEPENDENCIA QUE REPORTA</b> | <b>UBICACIÓN</b> |
| 05 MAY 2023 HH MM                   | Rafael Duque                   | Mantenimiento                  | Urgencias Norte  |

|                                                                                                              |                                                   |                                         |                                                    |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <input checked="" type="checkbox"/> <b>VERBAL</b> | <input type="checkbox"/> <b>ESCRITA</b> | <input type="checkbox"/> <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|

**RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?**

- Mantenimiento toma gases medicinales Amico con cambio de kit de O-rings y limpieza general. (Urgencias Norte).

- Mantenimiento toma gases medicinales chametson con cambio de kit de O-rings y limpieza general. (Urgencias Norte).

|                         |                                       |                                      |                                     |                                 |
|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>SECCIÓN ASIGNADA</b> | <input type="checkbox"/> ELECTRICIDAD | <input type="checkbox"/> PINTURA     | <input type="checkbox"/> MECANICA   | <input type="checkbox"/> OTROS: |
|                         | <input type="checkbox"/> PLOMERIA     | <input type="checkbox"/> CARPINTERIA | <input type="checkbox"/> SOLDADURA  | Central de gases medicinales    |
|                         | <input type="checkbox"/> ALBAÑILERIA  | <input type="checkbox"/> CALDERAS    | <input type="checkbox"/> CERRAJERIA |                                 |

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO</b> | <b>HORA</b> |
|-------------------------------------|-------------|

|                               |                       |                      |           |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------|
| <b>Estado de la solicitud</b> | <b>Visita Técnica</b> | <b>Confirmado</b>    | <b>Sí</b> |
|                               |                       | <b>Sin Confirmar</b> |           |

|                                     |                                               |                                    |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>¿Trabajo realizado en sitio?</b> | <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No</b> |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|

|                                           |                                                       |                                            |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>¿Tipo de mantenimiento a realizar?</b> | <input checked="" type="checkbox"/> <b>Preventivo</b> | <input type="checkbox"/> <b>Correctivo</b> |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

|                                  |                                             |  |
|----------------------------------|---------------------------------------------|--|
| <b>¿Aplicar mantenimiento a?</b> | <input type="checkbox"/> <b>Instalación</b> |  |
|----------------------------------|---------------------------------------------|--|

|                                     |                 |
|-------------------------------------|-----------------|
| <b>Nombre Quien Verifica Visita</b> | <b>Firma</b>    |
| X Henry Perez<br>C.C. 1927255       | X Alexander Pex |

|                                        |                                         |                                                    |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Servicio ejecutado por personal</b> | <input type="checkbox"/> <b>Interno</b> | <input checked="" type="checkbox"/> <b>Externo</b> |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|

|                    |                                                 |                                        |
|--------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>PRIORIDAD</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> <b>ALTA</b> | <input type="checkbox"/> <b>MEDIA</b>  |
|                    | <input type="checkbox"/> <b>BAJA</b>            | <input type="checkbox"/> <b>ESPERA</b> |
| <b>RESPONSABLE</b> | <b>Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR</b>     |                                        |



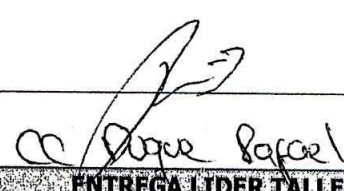
| LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO |                 |        |                    |                 |
|--------------------------------------------|-----------------|--------|--------------------|-----------------|
| CANTIDAD                                   | DESCRIPCIÓN     | UNIDAD | CÓDIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
| 11                                         | Oxings Chamacon |        |                    |                 |
| 67                                         | Oxings Amico    |        |                    |                 |
|                                            |                 |        |                    |                 |
|                                            |                 |        |                    |                 |
|                                            |                 |        |                    |                 |
|                                            |                 |        |                    |                 |

| TRABAJOS REALIZADOS/ ¿DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se realiza desmontaje de ascudos, limpieza interno y externa cambio de oxings, prueba física y mecánica, instalación de acoples. |

| Reporte técnico del servicio |   |                     |  |
|------------------------------|---|---------------------|--|
| Envejecimiento               |   | El uso              |  |
| Desgaste                     | X | Medio ambiente      |  |
| Mala operación               |   | Defecto de la pieza |  |

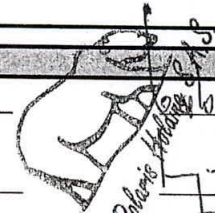
| Medidas aplicadas       |  |
|-------------------------|--|
| Rutina de Mantenimiento |  |
| Reparación              |  |
| Verificación            |  |

|                        |                      |      |          |
|------------------------|----------------------|------|----------|
| FECHA INICIO TRABAJOS  | Miércoles 05/04/2023 | HORA | 07:00 H. |
| FECHA TERMINO TRABAJOS | Miércoles 05/04/2023 | HORA | 16:00 H. |

| RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO        | TIPO/ PUNTUACIÓN | EXCELENTE | BUENO                                                                                | REGULAR | MALO |
|----------------------------------------------|------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|                                              | CALIDAD          |           | X                                                                                    |         |      |
|                                              | TIEMPO           |           | X                                                                                    |         |      |
| OBSERVACIONES                                |                  |           |                                                                                      |         |      |
|                                              |                  |           |                                                                                      |         |      |
| V. Corp                                      |                  |           |  |         |      |
| RECEPCION RESPONSABLE AREA<br>NOMBRE Y FIRMA |                  |           | ENTREGA LIDER TALLERES<br>NOMBRE Y FIRMA                                             |         |      |



Homil 105

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |  |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|----------------------------------|
|  Oficina - Taller : Car 110 a No. 63 20<br>Oficina Alterna: Car 98 No. 14 60 Apto 201 T 9<br>Bogotá Colombia<br>Celular: 57 317 4393976 Fijo: 57 1 4131823<br>NIT. 901.104.871-4 Regimen Común                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Reporte de Trabajo</b>                |  | No. _____<br>Fecha<br>05-04-2023 |
| Cliente: Hospital Militar Central<br>Persona Contacto: Cap. Rafael Duran<br>Proyecto: Mantenimiento raras de gases medicinales<br>Hora Inicio: 07:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ciudad: Bogotá<br>Dirección:<br>Hora Final: 16:00                                                                                                                                                                                                                                          | Tel:<br>O.C.:<br>Area Negocio: Medicinal |  |                                  |
| Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Actividades Realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |  |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Urgencias norte<br>Mantenimiento tomas gases medicinales Amico con cambio de Kit de O'ringos y limpieza general.<br>10 Unidades tomas Chamacon, uso O <sub>2</sub><br>23 Unidades tomas Amico, uso gas medicinal<br>11 Unidades tomas Amico, uso Vacio.<br>01 Unidades tomas Chamacon, uso |                                          |  |                                  |
| <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); width: 100%; height: 100%; border: 1px solid black; background: linear-gradient(to top right, transparent 49%, black 49%, black 51%, transparent 51%); background-size: 100% 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |  |                                  |
| Observaciones: Prueba de estanqueidad 02 horas, 00 PSI<br>Prueba de gases cruzados, satisfactoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |  |                                  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Victor J. Ceipa</b><br/>         Nombre de quien recibe<br/> <br/>         Firma de quien recibe       </div> <div> <b>1065601666</b><br/>         No. Cédula de quien recibe<br/> <b>3205528974</b><br/>         No. Teléfono Celular de quien recibe       </div> <div>  <b>Polaris Holding S.A.S.</b><br/>         Nombre responsable<br/> <b>77777777</b><br/>         Firma Responsable       </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |  |                                  |

cc Diego



|                                                                                   |  |                                                     |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>                                                   |  | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b>                    | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b>  |
|  |  | <b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b> |
|  |  | <b>PROCESO: GESTIÓN LOGISTICA</b>                   | <b>VERSIÓN: 04</b>                  |
| <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>                                           |  |                                                     | <b>PÁGINA 1 de 2</b>                |

|                                     |                                |                                |                             |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <b>Nº Orden de Trabajo</b>          |                                | <b>Homil 106</b>               |                             |
| <b>FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD</b> | <b>NOMBRE DE QUIEN REPORTA</b> | <b>DEPENDENCIA QUE REPORTA</b> | <b>UBICACIÓN</b>            |
| 16 04 23 HH MM                      | Cap. Rafael Duque              | Mantenimiento                  | HOSPITALIZACION PISO 12 SUR |

|                                                                                                              |               |                |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <b>VERBAL</b> | <b>ESCRITA</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> |
|                                                                                                              |               |                |                           |

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|

Mantenimiento redes de gases medicinales, tomas Amico con cambio de Kit de órings y limpieza general. (Hospitalización piso 12 sur).

|                         |                     |                    |                   |                              |
|-------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|------------------------------|
| <b>SECCIÓN ASIGNADA</b> | <b>ELECTRICIDAD</b> | <b>PINTURA</b>     | <b>MECANICA</b>   | <b>OTROS:</b>                |
|                         | <b>PLOMERIA</b>     | <b>CARPINTERIA</b> | <b>SOLDADURA</b>  | Central de gases medicinales |
|                         | <b>ALBAÑILERIA</b>  | <b>CALDERAS</b>    | <b>CERRAJERÍA</b> |                              |

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO</b> | <b>HORA</b> |
|                                     |             |

|                               |                       |                   |                      |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Estado de la solicitud</b> | <b>Visita Técnica</b> | <b>Confirmado</b> | <b>Sin Confirmar</b> |
|                               |                       |                   | SI                   |

|                                     |           |           |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| <b>¿Trabajo realizado en sitio?</b> | <b>SI</b> | <b>No</b> |
|                                     |           |           |

|                                           |                   |                   |
|-------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>¿Tipo de mantenimiento a realizar?</b> | <b>Preventivo</b> | <b>Correctivo</b> |
|                                           |                   |                   |

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| <b>¿Aplicar mantenimiento a?</b> | <b>Instalación</b> |
|                                  |                    |

|                                     |                 |
|-------------------------------------|-----------------|
| <b>Nombre Quien Verifica Visita</b> | <b>Firma</b>    |
| X Ronny Perez<br>C.C. 1927251       | X Alondro Perez |

|                                        |                |                |
|----------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Servicio ejecutado por personal</b> | <b>Interno</b> | <b>Externo</b> |
|                                        |                |                |

|                    |                                             |               |
|--------------------|---------------------------------------------|---------------|
| <b>PRIORIDAD</b>   | <b>ALTA</b>                                 | <b>MEDIA</b>  |
|                    | <b>BAJA</b>                                 | <b>ESPERA</b> |
| <b>RESPONSABLE</b> | <b>Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR</b> |               |
|                    |                                             |               |



| LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO |               |        |                    |                 |
|--------------------------------------------|---------------|--------|--------------------|-----------------|
| CANTIDAD                                   | DESCRIPCIÓN   | UNIDAD | CÓDIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
| 52                                         | O-rings Amico |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |

| TRABAJOS REALIZADOS/ ¿DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se realiza: Desmontaje de escudos, limpieza interna, y externa con cambio de o-rings, prueba física y mecánica, instalación de acoplas. |

| Reporte técnico del servicio |                                     |                     |                          |
|------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Envejecimiento               | <input type="checkbox"/>            | El uso              | <input type="checkbox"/> |
| Desgaste                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio ambiente      | <input type="checkbox"/> |
| Mala operación               | <input type="checkbox"/>            | Defecto de la pieza | <input type="checkbox"/> |

| Medidas aplicadas       |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Rutina de Mantenimiento | <input type="checkbox"/> |
| Reparación              | <input type="checkbox"/> |
| Verificación            | <input type="checkbox"/> |

|                        |                |      |          |
|------------------------|----------------|------|----------|
| FECHA INICIO TRABAJOS  | Mar 11/04/2023 | HORA | 07:00 H. |
| FECHA TERMINO TRABAJOS | Mar 11/04/2023 | HORA | 16:00 H. |

| RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO | TIPO/ PUNTUACIÓN | EXCELENTE                | BUENO                               | REGULAR                  | MALO                     |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                       | CALIDAD          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                       | TIEMPO           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| OBSERVACIONES                                            |                                                             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|                                                          |                                                             |
|                                                          |                                                             |
|                                                          |                                                             |
| V. cerpu<br>RECEPCION RESPONSABLE ÁREA<br>NOMBRE Y FIRMA | cc Diego Rafael<br>ENTREGA LIDER TALLERES<br>NOMBRE Y FIRMA |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                 |                                                 |  |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|
|  <p>Oficina - Taller : Cor 110 a No. 63 20<br/>         Oficina Alternas: Cor 98 No. 14 60 Apto 201 T 9<br/>         Bogotá Colombia<br/>         Celular: 57 317 4393976 Fijo: 57 1 4131823<br/>         NIT. 901.104.871-4 Regimen Común</p> |                                                                                                                 | <p align="center"><b>Reporte de Trabajo</b></p> |  | <p>No. _____</p>                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                 |                                                 |  | <p align="center">Fecha</p> <p align="center"><b>11-04-2023</b></p> |
| <p>Cliente: <b>Hospital Militar Central</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Ciudad: <b>Bogotá</b></p>                                                                                    | <p>Tel: _____</p>                               |  |                                                                     |
| <p>Persona Contacto: <b>cap. Rafael Daza</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Dirección: _____</p>                                                                                         | <p>O.C. _____</p>                               |  |                                                                     |
| <p>Proyecto: <b>Mantenimiento redes de gases medicinales</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                 |                                                 |  |                                                                     |
| <p>Hora Inicio: <b>07:00</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Hora Final: <b>16:00</b></p>                                                                                 | <p>Area Negocio: <b>Medicina</b></p>            |  |                                                                     |
| <p>Item</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Actividades Realizadas</p>                                                                                   |                                                 |  |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>Hospitalización piso 12 sur.</b></p>                                                                      |                                                 |  |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>Mantenimiento redes de gases medicinales, tomas Amico con cambio de Kit de O2 y limpieza general.</b></p> |                                                 |  |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>26 Unidades tomas Amico, uso O2.</b></p>                                                                  |                                                 |  |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>26 Unidades tomas Amico, uso Vacio.</b></p>                                                               |                                                 |  |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p align="right"><b>Total: 52 tomas Amico.</b></p>                                                              |                                                 |  |                                                                     |
| <p>Observaciones: <b>Prueba de estancamiento 02 horas, 60 PST.</b><br/> <b>Prueba de gases cruzadas, satisfactoria.</b></p>                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                 |  |                                                                     |



|                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b><br>  |  | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b><br><b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b><br><b>PROCESO: GESTIÓN LOGISTICA</b><br><b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b> | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b><br><b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b><br><b>VERSIÓN: 04</b><br><b>PÁGINA 1 de 2</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                              |                         |                         |           |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------|
| Nº Orden de Trabajo          |                         | 10 mil 107              |           |
| FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD | NOMBRE DE QUIEN REPORTA | DEPENDENCIA QUE REPORTA | UBICACIÓN |
| 29/03/23 HH MM               | C. J. J. J.             | 110                     | 8º piso   |

|                                                                                                              |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <input checked="" type="checkbox"/> VERBAL<br><input type="checkbox"/> ESCRITA<br><input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?</b><br>Se realiza mantenimiento preventivo de las tomas de gases medicinales del Servicio (Hospitalización 8º norte).<br>Iniciando Miércoles 29/03/2023 a 08:30H, hasta las 14:00H. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                    |                                    |                                     |                                 |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>SECCIÓN ASIGNADA</b><br>ELECTRICIDAD<br>PLOMERIA<br>ALBANILERIA | PINTURA<br>CARPINTERIA<br>CALDERAS | MECANICA<br>SOLDADURA<br>CERRAJERÍA | OTROS:<br>Central de gases med. |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|

|                              |      |
|------------------------------|------|
| FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO | HORA |
|------------------------------|------|

|                        |                                                                                                            |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado de la solicitud | Visita Técnica<br>Confirmado <input checked="" type="checkbox"/><br>Sin Confirmar <input type="checkbox"/> |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                              |                                                                       |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| ¿Trabajo realizado en sitio? | SI <input checked="" type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

|                                    |                                                                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Tipo de mantenimiento a realizar? | Preventivo <input checked="" type="checkbox"/><br>Correctivo <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                           |                                      |
|---------------------------|--------------------------------------|
| ¿Aplicar mantenimiento a? | Instalación <input type="checkbox"/> |
|---------------------------|--------------------------------------|

|                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| Nombre Quien Verifica Visita | Firma           |
| C.C. Henry Perez             | ✓ Alexander Pef |

|                                 |                                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Servicio ejecutado por personal | Interno <input type="checkbox"/><br>Externo <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

|             |                                                                           |                                       |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| PRIORIDAD   | ALTA <input checked="" type="checkbox"/><br>BAJA <input type="checkbox"/> | MEDIA ESPERA <input type="checkbox"/> |
| RESPONSABLE | Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR                                      |                                       |



| LIQUIDACION MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO |              |        |                    |                 |
|--------------------------------------------|--------------|--------|--------------------|-----------------|
| CANTIDAD                                   | DESCRIPCION  | UNIDAD | CODIGO DEL ALMACEN | Nº DEL CONTRATO |
| 11                                         | Dings Amico, |        |                    |                 |
|                                            |              |        |                    |                 |
|                                            |              |        |                    |                 |
|                                            |              |        |                    |                 |
|                                            |              |        |                    |                 |
|                                            |              |        |                    |                 |

| TRABAJOS REALIZADOS / DESCRIPCION BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se realiza desmonte de escoblos, limpieza interna y externa, cambio de Dings, prueba truca y mecanica, instalacion de acoples. |

| Reporte técnico del servicio |   |                     |  |
|------------------------------|---|---------------------|--|
| Envejecimiento               |   | El uso              |  |
| Desgaste                     | X | Medio ambiente      |  |
| Mala operación               |   | Defecto de la pieza |  |

| Medidas aplicadas       |  |
|-------------------------|--|
| Rutina de Mantenimiento |  |
| Reparación              |  |
| Verificación            |  |

|                        |                      |      |         |
|------------------------|----------------------|------|---------|
| FECHA INICIO TRABAJOS  | Miércoles 29/03/2023 | HORA | 08:30 H |
| FECHA TERMINO TRABAJOS | Miércoles 29/03/2023 | HORA | 14:00 H |

| RECEPCION A SATISFACCION DEL SERVICIO | TIPO/ Puntuación | EXCELENTE | BUENO | REGULAR | MALO |
|---------------------------------------|------------------|-----------|-------|---------|------|
|                                       | CALIDAD          |           | X     |         |      |
|                                       | TIEMPO           |           | X     |         |      |

OBSERVACIONES

|                                              |  |                                          |  |
|----------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| <p>N. Cerpa</p>                              |  | <p>cc Ruge Rafael</p>                    |  |
| RECEPCION RESPONSABLE AREA<br>NOMBRE Y FIRMA |  | ENTREGA LIDER TALLERES<br>NOMBRE Y FIRMA |  |



|                                                           |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Recibido a satisfacción</b></p>                     |                                                                   |
| <p><u>Nicolas La Cerpa</u><br/>Nombre de quien recibe</p> | <p><u>1067601666</u><br/>No. Cédula de quien recibe</p>           |
| <p><u>[Signature]</u><br/>Firma de quien recibe</p>       | <p><u>3205528924</u><br/>No. Teléfono Celular de quien recibe</p> |
| <p><u>Belaric C. Suarez</u><br/>Nombre responsable</p>    |                                                                   |
| <p><u>[Signature]</u><br/>Firma Responsable</p>           |                                                                   |



|                                                                                                                                                                     |                                 |  |                                                     |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|
|   | <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b> |  | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b>                    | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b>  |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b> | <b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b> |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>PROCESO: GESTIÓN LOGISTICA</b>                   | <b>VERSIÓN: 04</b>                  |
|                                                                                                                                                                     |                                 |  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>             | <b>PÁGINA 1 de 2</b>                |

|                                     |                                |                                |                  |  |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------|--|
| <b>Nº Orden de Trabajo</b>          |                                | Homil. 108.                    |                  |  |
| <b>FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD</b> | <b>NOMBRE DE QUIEN REPORTA</b> | <b>DEPENDENCIA QUE REPORTA</b> | <b>UBICACIÓN</b> |  |
| 03/01/23 HH MM                      | Cap. Rafael Duque              | Mantenimiento                  | Urgencias Norte. |  |

|                                                                                                              |                                                   |                                         |                                                    |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <input checked="" type="checkbox"/> <b>VERBAL</b> | <input type="checkbox"/> <b>ESCRITA</b> | <input type="checkbox"/> <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?</b>                |
| Mantenimiento tomas Gentic con cambio de kit de O-rings. y limpieza general. (Urgencias norte). |

|                         |                                       |                                      |                                     |                                 |
|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>SECCIÓN ASIGNADA</b> | <input type="checkbox"/> ELECTRICIDAD | <input type="checkbox"/> PINTURA     | <input type="checkbox"/> MECANICA   | <input type="checkbox"/> OTROS: |
|                         | <input type="checkbox"/> PLOMERIA     | <input type="checkbox"/> CARPINTERIA | <input type="checkbox"/> SOLDADURA  | Central de gases                |
|                         | <input type="checkbox"/> ALBAÑILERIA  | <input type="checkbox"/> CALDERAS    | <input type="checkbox"/> CERRAJERÍA | medicinas.                      |

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO</b> | <b>HORA</b> |
|-------------------------------------|-------------|

|                               |                       |                   |                      |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Estado de la solicitud</b> | <b>Visita Técnica</b> | <b>Confirmado</b> | <b>Sin Confirmar</b> |
|                               |                       |                   | SI                   |

|                                     |                                        |                             |
|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| <b>¿Trabajo realizado en sitio?</b> | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|

|                                           |                                                |                                     |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>¿Tipo de mantenimiento a realizar?</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Preventivo | <input type="checkbox"/> Correctivo |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|

|                                  |                                      |                          |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <b>¿Aplicar mantenimiento a?</b> | <input type="checkbox"/> Instalación | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|

|                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| <b>Nombre Quien Verifica Visita</b> | <b>Firma</b>      |
| X Henry Perez<br>C.C. 1927251       | X Alejandro Perez |

|                                        |                                  |                                             |
|----------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Servicio ejecutado por personal</b> | <input type="checkbox"/> Interno | <input checked="" type="checkbox"/> Externo |
|----------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|

|                    |                                             |                                 |
|--------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>PRIORIDAD</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> ALTA    | <input type="checkbox"/> MEDIA  |
|                    | <input type="checkbox"/> BAJA               | <input type="checkbox"/> ESPERA |
| <b>RESPONSABLE</b> | <b>Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR</b> |                                 |



| LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO |                |        |                    |                 |
|--------------------------------------------|----------------|--------|--------------------|-----------------|
| CANTIDAD                                   | DESCRIPCIÓN    | UNIDAD | CÓDIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
| 50                                         | O'rings Gantac |        |                    |                 |
|                                            |                |        |                    |                 |
|                                            |                |        |                    |                 |
|                                            |                |        |                    |                 |
|                                            |                |        |                    |                 |
|                                            |                |        |                    |                 |

| TRABAJOS REALIZADOS/ ¿DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se realiza desmonte de escudos, limpieza interna y externa cambio de orings, prueba física y mecánica, instalación de acoplos. |

| Reporte técnico del servicio |                                     |                     |                          |
|------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Envejecimiento               | <input type="checkbox"/>            | El uso              | <input type="checkbox"/> |
| Desgaste                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio ambiente      | <input type="checkbox"/> |
| Mala operación               | <input type="checkbox"/>            | Defecto de la pieza | <input type="checkbox"/> |

| Medidas aplicadas       |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Rutina de Mantenimiento | <input type="checkbox"/> |
| Reparación              | <input type="checkbox"/> |
| Verificación            | <input type="checkbox"/> |

|                        |                   |      |          |
|------------------------|-------------------|------|----------|
| FECHA INICIO TRABAJOS  | Jueves 03/04/2023 | HORA | 07:00 H. |
| FECHA TERMINO TRABAJOS | Jueves 03/04/2023 | HORA | 16:00 H. |

| RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO | TIPO/ Puntuación | EXCELENTE                | BUENO                               | REGULAR                  | MALO                     |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                       | Calidad          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                       | Tiempo           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| OBSERVACIONES                                |                                          |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|
|                                              |                                          |
| V. Cerpa                                     | cc. Roper Roper                          |
| RECEPCION RESPONSABLE AREA<br>NOMBRE Y FIRMA | ENTREGA LIDER TALLERES<br>NOMBRE Y FIRMA |



cc Page 2.



|                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b><br>  |  | <b>FORMATO: ORDEN DE TRABAJO</b><br><b>UNIDAD: APOYO LOGÍSTICO (AREA MANTENIMIENTO)</b><br><b>PROCESO: GESTIÓN LOGISTICA</b><br><b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b> | <b>CÓDIGO: GL-GAMT-PR-02-FT-02</b><br><b>FECHA DE EMISIÓN: 30-01-2023</b><br><b>VERSIÓN: 04</b><br><b>PÁGINA 1 de 2</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                         |                                                     |                                                 |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº Orden de Trabajo</b> <span style="float: right;">Homil 109</span> |                                                     |                                                 |                                                                  |
| <b>FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD</b><br>31 01 23 14:00                   | <b>NOMBRE DE QUIEN REPORTA</b><br>Cap. Rafael Duque | <b>DEPENDENCIA QUE REPORTA</b><br>Mantenimiento | <b>UBICACIÓN</b><br>sótano 02, urgencias sur, área covid antigua |

|                                                                                                              |               |                |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------------------|
| <b>TIPO SOLICITUD</b><br>(Marque con una X la opción que más se acomode a la gestión que se está realizando) | <b>VERBAL</b> | <b>ESCRITA</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------------------|

|                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO/ ¿DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER?</b><br>Mantenimiento tomas Gantac con cambio de O-rings y limpieza general. (sótano 02, urgencias sur, área Covid antigua). |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                         |                                         |                                    |                                     |                                        |
|-------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>SECCIÓN ASIGNADA</b> | ELECTRICIDAD<br>PLOMERIA<br>ALBANILERIA | PINTURA<br>CARPINTERIA<br>CALDERAS | MECANICA<br>SOLDADURA<br>CERRAJERÍA | OTROS:<br>Central de gases medicinales |
|-------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>FECHA ASIGNACIÓN DEL TRABAJO</b> | <b>HORA</b> |
|-------------------------------------|-------------|

|                               |                       |                             |    |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------|----|
| <b>Estado de la solicitud</b> | <b>Visita Técnica</b> | Confirmado<br>Sin Confirmar | Si |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------|----|

|                                     |                                        |                             |
|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| <b>¿Trabajo realizado en sitio?</b> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|

|                                           |                                                |                                     |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>¿Tipo de mantenimiento a realizar?</b> | Preventivo <input checked="" type="checkbox"/> | Correctivo <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|

|                                  |                                      |                          |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <b>¿Aplicar mantenimiento a?</b> | Instalación <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|

|                                                                     |                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre Quien Verifica Visita</b><br>X Henry Pery<br>C.C. 1927251 | <b>Firma</b><br>X  |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                        |                                  |                                             |
|----------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Servicio ejecutado por personal</b> | Interno <input type="checkbox"/> | Externo <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|

|                                             |                                          |                                 |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>PRIORIDAD</b>                            | ALTA <input checked="" type="checkbox"/> | MEDIA <input type="checkbox"/>  |
| <b>RESPONSABLE</b>                          | BAJA <input type="checkbox"/>            | ESPERA <input type="checkbox"/> |
| <b>Nº TRABAJADORES ASIGNADOS A LA LABOR</b> |                                          |                                 |



| LIQUIDACIÓN MATERIAL REQUERIDO Y UTILIZADO |               |        |                    |                 |
|--------------------------------------------|---------------|--------|--------------------|-----------------|
| CANTIDAD                                   | DESCRIPCIÓN   | UNIDAD | CÓDIGO DEL ALMACÉN | Nº DEL CONTRATO |
| 600                                        | O'ings Gantec |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |
|                                            |               |        |                    |                 |

| TRABAJOS REALIZADOS / DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROBLEMA RESUELTO                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se realiza desmonte de escudos, limpieza interna y externa cambio de o'ings, prueba física y mecánica, instalación de acoplas. |

| Reporte técnico del servicio |                                     |                     |                          |
|------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Envejecimiento               | <input type="checkbox"/>            | El uso              | <input type="checkbox"/> |
| Desgaste                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio ambiente      | <input type="checkbox"/> |
| Mala operación               | <input type="checkbox"/>            | Defecto de la pieza | <input type="checkbox"/> |

| Medidas aplicadas       |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Rutina de Mantenimiento | <input type="checkbox"/> |
| Reparación              | <input type="checkbox"/> |
| Verificación            | <input type="checkbox"/> |

|                        |                    |      |          |
|------------------------|--------------------|------|----------|
| FECHA INICIO TRABAJOS  | Viernes 31/03/2023 | HORA | 07:00 H. |
| FECHA TERMINO TRABAJOS | Viernes 31/03/2023 | HORA | 16:00 H. |

| RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO | TIPO/ Puntuación | EXCELENTE                | BUENO                               | REGULAR                  | MALO                     |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                       | Calidad          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                       | Tiempo           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES

|                                              |                                                                                      |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| U. cerpa                                     |  |
| RECEPCION RESPONSABLE AREA<br>NOMBRE Y FIRMA | ENTREGA LIDER TALLERES<br>NOMBRE Y FIRMA                                             |







*Polaris Holding S.A.S*

## **CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

Yo, **Gabriel Cristóbal Suárez Herrera** identificado con cédula de ciudadanía No. **79.543.092** de Bogotá, en mi condición de Representante Legal de **POLARIS HOLDING SAS** identificada con Nit 901.104.871-4, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Bogotá, a los doce (12) días del mes de mayo de 2023.

  
FIRMA  
**Gabriel Cristóbal Suárez Herrera**  
**C.C No. 79.543.092 de Bogotá**

# Certificado Bancario

Martes, 02 de mayo de 2023

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que POLARIS HOLDING SAS identificado(a) con NIT 901104871, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto        | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|-----------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTADEAHORROS | 21180724386  | 2017/08/14     | ACTIVA |

**\* Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números:  
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el  
momento  
de

