# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 6-02-2024

**Reporte No.** 20431

INSTITUCIÓN: HOBACSE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 1-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Mesa de cirugia

Marca: Mindray

Modelo: HyBASE 6100

Serie: 69-0000491

Activo Fijo: 1449S

C. de Atención: HOBACSE

Servicio: Cirugia obstetricia

### SERVICIO OFRECIDO

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | | | ✓ |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | ✓ |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

Equipo operativo

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento

No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yorner Gomez

Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Claudia A

Cargo: enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 6-02-2014

**Reporte No.** 20361

INSTITUCIÓN: Hospital
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344680

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Mesa de examen con bandeja
Marca: MIDMARK
Modelo: 640-001-237
Serie: V9988411
Activo Fijo: 15749

C. de Atención: Hospital
Servicio: Cirugía

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | | | ✓ |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | | | ✓ |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**
Equipo no posee cargador AC/DC

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 1.0 | 1.0 | | |
| XS 5.0 | MS 5.0 | | |
| 10.0 | 10.0 | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Jorge Gomez S.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Julio Nava
Cargo: Enfermero

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 8-02-2024

**Reporte No.** 20251

INSTITUCIÓN: HORO ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344450

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos Vitales

Marca: MINDRAY

Modelo: PM-9000 Express

Serie: BX-OB1373414

Activo Fijo: 15772

C. de Atención: Horo ese

Servicio: Gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | | ✓ | |
| Verificar batería interna | | ✓ | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | ✓ |

**OBSERVACIONES:** Requiere cambio de sensor $SpO_2$ y suministro de batería de soporte.

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| FC 80 | FC 80 | | |
| 120 | 120 | | |
| | | | |
| 85 | 85 | | |
| $SPO_2$ 90 | $SPO_2$ 90 | | |
| 95 | 94 | | |

Cumple ☐ Instrumento

No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: JUDI NAVARRO

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 8-02-2024

**Reporte No.** 20309

INSTITUCIÓN: Horo ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos Vitales

Marca: MINDRAY

Modelo: PM-9000 EXPRESS

Serie: BX-OB137336

Activo Fijo: 15514

C. de Atención: Horo ESE

Servicio: ginco obstetricia

### SERVICIO OFRECIDO

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☐

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| FC 80 | FC 80 | | |
| 120 | 120 | | |
| | | | |
| 85 | 85 | | |
| SpO2 90 | SpO2 90 | | |
| 95 | 96 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

### ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ivan Suarez

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Miryam E Chaparro

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 8-02-2024

**Reporte No.** 20327

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos Vitales
Marca: MINDRAY
Modelo: PM-9000 EXPRESS
Serie: BX-OB737327
Activo Fijo: 16009

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: ginecoobstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | ✓ | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo no posee batería de soporte

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| FC 80 | FC 80 | | |
| 120 | 120 | | |
| | | | |
| 85 | 85 | | |
| SPO2 90 | SPO2 90 | Cumple ☐ Instrumento ____ | |
| 95 | 90 | No cumple ☐ Serie ____ | |

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Iván Suárez
Cargo: Técnico

**RECIBIDO:**

Nombre: ____
Cargo: ____

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 8-02-2024

**Reporte No.** 20254

INSTITUCIÓN: Horo ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos Vitales

Marca: PENLON

Modelo: PM-9000 EXPRESS

Serie: AA7UC57491

Activo Fijo: 4630

C. de Atención: Horo ESE

Servicio: Gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| AC 80 | AC 80 | | |
| 120 | 120 | | |
| | | | |
| 85 | 85 | | |
| SPO2 90 | SPO2 90 | | |
| 95 | 96 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ivan Suarez

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: JUAN NAVARRO

Cargo: ENFERMERO

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 13-02-2024

**Reporte No.** 20432

INSTITUCIÓN: Hosp ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6311650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos vitales

Marca: MINDRAY

Modelo: PM-8000 EXPRESS

Serie: AA-08133364

Activo Fijo: 1523

C. de Atención: Hosp ESE

Servicio: Cirugía electricista

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | | | ✓ |
| Lubricación | | | ✓ |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| FC 80 | FC 80 | | |
| 120 | 120 | | |
| | | | |
| 95 | 95 | | |
| SPO2 90 | SPO2 90 | | |
| 95 | 95 | | |

Cumple ☐ Instrumento

No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA V

Cargo: ING. BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre: CLAUDIA H

Cargo: ENFERMERA

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20291

INSTITUCIÓN: Hoaro ESE
CIUDAD: Yopa DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos vitales
Marca: Advanced
Modelo: PM-7000 At
Serie: CC-97709511
Activo Fijo: 9229

C. de Atención: Hoaro ESE
Servicio: Gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☐ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | ✓ | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | ✓ |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:** Equipo no posee bateria de soporte

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 60 | 60 |
| FC 80 | 81 |
| 120 | FC 121 |
| | |
| 85 | 85 |
| $SpO_2$ 90 | $SpO_2$ 91 |
| PR | 95 |

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Romel Gomez S.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Juli N N
Cargo: EN

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 13-02-2024

**Reporte No.** 20402

INSTITUCIÓN: HORO ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos Vitales

Marca: MINDRAY

Modelo: PM-9000 EXPRESS

Serie: BX-QB1373Q9

Activo Fijo: 15773

C. de Atención: HORO ESE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | / | | |
| Verificar batería interna | | ✓ | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | / | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | / | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo no posee bateria de respaldo

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| FC 80 | FC 80 | | |
| 120 | 120 | | |
| | | | |
| 95 | 95 | | |
| SPO2 90 | SPO2 90 | | |
| 95 | 96 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA V.

Cargo: ING. BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre: ____

Cargo: Enfermera Jefe

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20433

INSTITUCIÓN: Horo ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos vitales
Marca: MINDRAY
Modelo: IMEC8
Serie: CW-97051429
Activo Fijo: 11602

C. de Atención: Horo ESE
Servicio: Cirugía obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 60 | 60 |
| FC 90 | FC 80 |
| 120 | 120 |
| | |
| 85 | 85 |
| SPO2 90 | SPO2 97 |
| 95 | 95 |

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA V.
Cargo: ING BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre: [illegible]
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20386

INSTITUCIÓN: HOPO CSE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: calle 15#7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos vitales
Marca: Mindray
Modelo: EPM10
Serie: ACT-0400 8896
Activo Fijo: N R

C. de Atención: HOPO CSE
Servicio: Gineco Obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo operativo

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| FC 80 | FC 80 | | |
| 120 | 121 | | |
| | | | |
| 85 | 85 | | |
| SPO2 90 | SPO2 90 | | |
| 95 | 95 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Natali Gomez S.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: JUAN
Cargo:

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20323

INSTITUCIÓN: Horo ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos Vitales

Marca: MINDRAY

Modelo: EPM 10

Serie: AC7-0409372

Activo Fijo: 19766

C. de Atención: Horo ESE

Servicio: Ginecoobstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | ✓ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| FC 80 | FC 80 | | |
| 120 | 120 | | |
| | | | |
| 85 | 85 | | |
| SPO2 90 | SPO2 90 | | |
| 95 | 96 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: JUD NANA

Cargo: Auxiliar

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20382

INSTITUCIÓN: Hora ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: cra 15 A 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344450

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor fetal

Marca: BIOCARE

Modelo: IC60

Serie: L8AG7207503073

Activo Fijo: 11794

C. de Atención: Hora ESE

Servicio: Gineco obstetricia

### SERVICIO OFRECIDO

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | | ✓ | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | ✓ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo requiere Cambio de transductores

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

### ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA V.

Cargo: ING. BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre: Yesenia R. Sigua O

Cargo: Enfermera.

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 16-02-2023

**Reporte No.** 20442

INSTITUCIÓN: Hdro EJG
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6340650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor fetal
Marca: EDAN
Modelo: F3
Serie: 560034 - M22B04390003
Activo Fijo: 19512

C. de Atención: Hdro EJG
Servicio: Ginco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:** Se corrige modelo y serie del equipo en proyección este F3 dual y M22B04390003

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ivan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Judc mo
Cargo:

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20475

INSTITUCIÓN: Horo ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor fetal

Marca: EDAN

Modelo: F3

Serie: 560034-M22804390005

Activo Fijo: 19513

C. de Atención: Horo ESE

Servicio: Gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** se corrige modelo y serie del equipo en Proyección está: F3 dual y M22804390005

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| | |
| 120 | 120 |
| FCF 160 | FCF 160 |
| 200 | 200 |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ronny Gomez S

Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Judy Navarro

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20472

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: Calle 15H 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor fetal
Marca: EDAN
Modelo: F3
Serie: 560034-M22B04390009
Activo Fijo: 19511

C. de Atención: HOROESE
Servicio: Yopal - ginco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** se corrige modelo y serie del equipo en proyección está: F3 dual y M22B04390007

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 120 | 120 |
| FCF 180 | FCF 180 |
| 200 | 200 |

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yoiner Gomez S
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Luis Urrea
Cargo: Enfermero

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20476

INSTITUCIÓN: HOBO ESE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor fetal
Marca: COAN
Modelo: F3
Serie: 5600034-M22C1523M003
Activo Fijo: 19791

C. de Atención: HOBO ESE
Servicio: Sinero obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☐
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | | | |
| Verificar fuente de alimentación | | | |
| Estado físico del equipo | | | |
| Estado físico de accesorios | | | |
| Verificar batería interna | | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | | | |
| Verificar alarmas | | | |
| Estado de circuito eléctrico | | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | | | |
| Estado de sistema mecánico | | | |
| Prueba de fugas | | | |
| Lubricación | | | |
| Limpieza interna y externa | | | |
| Prueba final de funcionamiento | | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| FCF 120 | FCF 120 | | |
| 160 | 160 | | |
| 200 | 200 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☐ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yolvis Gomez S
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Camilo Pava
Cargo: Enfermero

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20479

INSTITUCIÓN: Hora ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-98

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6345650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor fetal

Marca: EDAN

Modelo: F3

Serie: 560034-M22C1522000G

Activo Fijo: 19794

C. de Atención: Hora ESE

Servicio: Gineco Obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☐

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☐ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐ Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 120 | 120 | | |
| FCF 180 | FCF 180 | | |
| 200 | 150 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☐ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yoran Gomez

Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Camilo Peña

Cargo: Enfermero

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-01-2024

**Reporte No.** 20478

INSTITUCIÓN: Hpro CSE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-80 Barrio

RESPONSABLE: Ruben TELÉFONO: 3114...

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: monitor fetal

Marca: EDAN

Modelo: F3

Serie: F6007H-M22C1523009

Activo Fijo: 12393

C. de Atención: Hpro CSE

Servicio: Cirugia obstetricia

### SERVICIO OFRECIDO

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☐

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | | | |
| Verificar fuente de alimentación | | | |
| Estado físico del equipo | | | |
| Estado físico de accesorios | | | |
| Verificar batería interna | | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | | | |
| Verificar alarmas | | | |
| Estado de circuito eléctrico | | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | | | |
| Estado de sistema mecánico | | | |
| Prueba de fugas | | | |
| Lubricación | | | |
| Limpieza interna y externa | | | |
| Prueba final de funcionamiento | | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo recibido en buenas condiciones

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

### ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☐ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yorlis Gomez S

Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Wendy Mola

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 16-02-2024

**Reporte No.** 20441

INSTITUCIÓN: Horo ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15# 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor fetal
Marca: EDAN
Modelo: F3
Serie: 560034 - M22C1523 0003
Activo Fijo: 19192

C. de Atención: Horo ESE
Servicio: ginco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☐
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado fisico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado fisico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Iván Suarez
Cargo: Técnico

**RECIBIDO:**

Nombre:
Cargo:

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 8-02-2024

**Reporte No.** 20288

INSTITUCIÓN: HOPO ESE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: Calle 15 #7-05
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: NEOPUFF
Marca: BIOROHM
Modelo: RMI
Serie: 09110112
Activo Fijo: 76796

C. de Atención: HOPO ESE
Servicio: Gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**
Equipo operativo

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**
Nombre: Ramon Gomez S.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**
Nombre:
Cargo:

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 9-02-2024

**Reporte No.** 20362

INSTITUCIÓN: HOBO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: NEOPUFF
Marca: FISHER & PAYKEL
Modelo: RD900
Serie: 1405760001911
Activo Fijo: 9343

C. de Atención: HOBO ESES
Servicio: Gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | | | ✓ |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | | | ✓ |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | | | ✓ |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | ✓ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:**
Equipo operativo

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yorlis Gomez S.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: JULI NIÑO
Cargo: GMEDICO

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20434

INSTITUCIÓN: Hora ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6346450

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: NOPUFF

Marca: FISHER & PAYKEL

Modelo: RD900

Serie: 7405160071908

Activo Fijo: 9342

C. de Atención: Hora ESE

Servicio: Cirugia obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | | | ✓ |
| Estado físico del equipo | | ✓ | |
| Estado físico de accesorios | | | ✓ |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | | | ✓ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | | | ✓ |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Claudia

Cargo: enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20435

INSTITUCIÓN: Haro ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Pulsoximetro

Marca: EDAN

Modelo: H100B

Serie: 316036-M13600050057

Activo Fijo: 7509

C. de Atención: Haro ESE

Servicio: Ginecologia

### SERVICIO OFRECIDO

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☐ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 95 | 95 |
| SPO2 99 | SPO2 99 |
| 95 | 96 |

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

### ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Julian Suarez

Cargo: tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Grado A

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20437

INSTITUCIÓN: Hora ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: pulsoximetro

Marca: EDAN

Modelo: H-100B

Serie: 316036 - M1441000801123

Activo Fijo: 8499

C. de Atención: Hora ESE

Servicio: Cirugia obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | | | ✓ |
| Lubricación | | | ✓ |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 60 | 60 |
| FC 80 | FC 80 |
| 120 | 120 |
| | |
| 95 | 95 |
| SpO2 99 | SpO2 99 |
| 75 | 75 |

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA V.

Cargo: ING. BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre: Clinica #

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20471

INSTITUCIÓN: Hoac csc

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95

RESPONSABLE: _____ TELÉFONO: 6344660

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Pulsoximetro

Marca: PMCO

Modelo: Minijoy

Serie: CR-94202669

Activo Fijo: 9816

C. de Atención: Hoac csc

Servicio: Sinero obstetricia

### SERVICIO OFRECIDO

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☐

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☐ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐ Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | | | |
| Verificar fuente de alimentación | | | |
| Estado físico del equipo | | | |
| Estado físico de accesorios | | | |
| Verificar batería interna | | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | | | |
| Verificar alarmas | | | |
| Estado de circuito eléctrico | | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | | | |
| Estado de sistema mecánico | | | |
| Prueba de fugas | | | |
| Lubricación | | | |
| Limpieza interna y externa | | | |
| Prueba final de funcionamiento | | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |

Otro: _____

**OBSERVACIONES:** _____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| S/O | S/O | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento _____

No cumple ☐ Serie _____

### ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☐ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Karen Gomez S

Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: _____

Cargo: Enfermero

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20438

INSTITUCIÓN: Hora ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-98

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344680

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Servocena

Marca: DRAGER

Modelo: Ics-90

Serie: 2T11235 / 2T33987

Activo Fijo: 8254

C. de Atención: Hora ESE

Servicio: Cirugia obstetricia

### SERVICIO OFRECIDO

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☐ | ☐ | ☑ |
| Lubricación | ☐ | ☐ | ☑ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo requiere cambio de sensor de piel

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

### ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Claudia

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20363

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Incubadora
Marca: MEDIX
Modelo: SM-401
Serie: 4213
Activo Fijo: 15752

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: Ginecoobstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**
Equipo presenta falla en lampara de fototerapia

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Jorge Gomez S.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: [illegible]
Cargo: [illegible]

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20439

INSTITUCIÓN: Hora ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: DESFIBRILADOR
Marca: NINGBO DAVID MEDICAL
Modelo: HKN-93B
Serie: 2475090200 8
Activo Fijo: 11376

C. de Atención: Hora ESE
Servicio: Ginecoobstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | ✓ |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: CLAUDIA H
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20287

INSTITUCIÓN: HOPO ESE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: CHS # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: SERVOCUNO
Marca: NINGBO DAVID MEDICAL
Modelo: HKN-93B
Serie: 24150902005
Activo Fijo: 77317

C. de Atención: HOPO ESE
Servicio: GINECO OBSTETRICIA

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** EQUIPO OPERATIVO

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Roner Gomez S.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Juli N
Cargo: Aux

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 16-01-2024

**Reporte No.** 20364

INSTITUCIÓN: IHMOC ESE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: CRA 14 # 9-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344550

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Secuenciador
Marca: Thermo
Modelo: 1240 SCRICS
Serie: 1127A0002810
Activo Fijo: 115933

C. de Atención: IHMOC ESE
Servicio: Sincronización Citometría

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:**
Equipo programado en tiempo de calibración

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ramon Gomez S.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: JD NAVA
Cargo: Coord

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2021

**Reporte No.** 20440

INSTITUCIÓN: Haro ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Succionador
Marca: THOMAS
Modelo: 7240 SERIES
Serie: 12711000028771
Activo Fijo: 75532

C. de Atención: Haro ESE
Servicio: Cirugia Hospitalización

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: EDWIN MUÑOZ PRADA
C.C. 1.0[illegible]
Cargo: Ing. Biomédico 3-60

**RECIBIDO:**

Nombre: CLAUDIA H
Cargo: ENFERMERA

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 16-02-2024

**Reporte No.** 20310

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-75
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6340650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Succionador
Marca: THOMAS
Modelo: 163SA
Serie: 050900000425
Activo Fijo: 5006

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: ginco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____
Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | | | ✓ |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez
Cargo: Técnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Miryam Echeverry
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 16 - 02 - 2024

**Reporte No.** 20283

INSTITUCIÓN: HOPO ESE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: Calle 15#7-98
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Succionador
Marca: THOMAS
Modelo: 1240 SERIES
Serie: 12 [illegible] 02813
Activo Fijo: 15534

C. de Atención: HOPO ESE
Servicio: Gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo operativo

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Roymer Gomez S.
Cargo: INGENIERO

**RECIBIDO:**

Nombre: [illegible]
Cargo: [illegible]

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20261

INSTITUCIÓN: HOPO ESE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: CALLE 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Tensiometro
Marca: Welch allyn
Modelo: Atril
Serie: 130611141686
Activo Fijo: 8925

C. de Atención: Hopo ESE
Servicio: Ginecologia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:**

Equipo operativo

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 60 | 60 |
| FC 80 | FC 80 |
| 120 | 120 |

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yovny Gomez S.
Cargo: INGENIERO

**RECIBIDO:**

Nombre: JUD NAVA
Cargo: GM

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20257

INSTITUCIÓN: HORO E.S.E

CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Tensiometro

Marca: WELCH ALLYN

Modelo: ATRIC

Serie: 160829113095

Activo Fijo: 16800

C. de Atención: HORO E.S.E

Servicio: Ginco obstetricio

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☐

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo funciona.

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| 80 | 80 | | |
| 120 | 120 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ramiro Gomez

Cargo: INGENIERO

**RECIBIDO:**

Nombre: Juli Navarro

Cargo: Ex personal

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20259

INSTITUCIÓN: Hopo ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Tensiometro
Marca: welch allyn
Modelo: Atic
Serie: 081103163418
Activo Fijo: 5944

C. de Atención: Hopo ESE
Servicio: Gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | | | ✓ |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | | | ✓ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | ✓ |

**OBSERVACIONES:** Equipo Operativo

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| 80 | Fc 80 | | |
| Fc 120 | 120 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yorvis Gomez
Cargo: INGENIERO

**RECIBIDO:**

Nombre: Angela Cahyta
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20304

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Tensiometro
Marca: WELCH ALLYN
Modelo: ATFIL
Serie: 730677727456
Activo Fijo: 15529

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 60 | 60.3 |
| 120 | 120.8 |

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA V.
Cargo: ING. BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre: Angela Colmt
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 16-02-2024

**Reporte No.** 20303

INSTITUCIÓN: HORO E.S.E

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Tensiometro

Marca: WELCH ALLYN

Modelo: ATRIL

Serie: 130611753076

Activo Fijo: 15530

C. de Atención: HORO E.S.E

Servicio: gineco obstetricia

## SERVICIO OFRECIDO

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 30 | 30.2 |
| 60 | 60.5 |
| 120 | 120.4 |

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

## ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: EDWIN MUÑOZ PRADA

Cargo: Ing. Biomédico 3-60

**RECIBIDO:**

Nombre: Angela Gloyd

Cargo: Enfermera

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20307

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: calle 15#7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Tensiometro
Marca: WELCH ALLYN
Modelo: ATRIL
Serie: 13060 7774386
Activo Fijo: 15528

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: Gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____
Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| | |
| 30 | 30.2 |
| 60 | 60.4 |
| 120 | 120.2 |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ivan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: JUD NAVAS
Cargo: GM

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20302

INSTITUCIÓN: HORO EDE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6346850

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Tensiometro
Marca: WELCH ALLYN
Modelo: ATRIL
Serie: 130610130646
Activo Fijo: 15537

C. de Atención: HORO EDE
Servicio: Ginco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | | | ✓ |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | | | ✓ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 30 | 30.2 | | |
| 60 | 60.4 | | |
| 120 | 121.2 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Arcelia Calvo
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 27-02-2024

**Reporte No.** 20241

INSTITUCIÓN: Horo ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15A 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos Vitales

Marca: NIHON KOHDEN

Modelo: BSM-3763K

Serie: 73509

Activo Fijo: 18007

C. de Atención: Horo ESE

Servicio: ginecobstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| FC 80 | FC 80 | | |
| 120 | 120 | | |
| | | | |
| 85 | 85 | | |
| SPO2 90 | SPO2 90 | | |
| 95 | 95 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: EDWIN MUÑOZ PRADA

C.C. 1.04.059

Cargo: Ing. Biomédico 3-60

**RECIBIDO:**

Nombre: Aryela Calixto

Cargo: Enfermera

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20264

INSTITUCIÓN: Hpro ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 9-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos vitales
Marca: MINDRAY
Modelo: PM 9000 Express
Serie: BX-08137341
Activo Fijo: 15977

C. de Atención: Hpro ESE
Servicio:

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐ Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | | ✓ | |
| Verificar batería interna | | ✓ | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:**
Equipo requiere cambio de manguito adulto urgente, el sensor de oximetría se encuentra en avanzado deterioro requiere cambio de mismo

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| FC 80 | FC 80 | | |
| 120 | 119 | | |
| | | | |
| 85 | 85 | | |
| SPO2 95 | SPO2 91 | | |
| 95 | 95 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**
Nombre: Yenny Baez J.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**
Nombre: Julie Nuñez
Cargo: GN

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 27-02-2021

**Reporte No.** 20256

INSTITUCIÓN: HORO ESE

CIUDAD: YOPOL DIRECCIÓN: calle 15 #7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344690

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos vitales

Marca: COMEN

Modelo: C 50

Serie: K5200826022F

Activo Fijo: 18.584

C. de Atención: HORO ESE

Servicio: ginco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:**

Equipo se encontrata con pulsador de encendido fisurado se realiza reparacion del mismo se reemplaza tapa cubierta con exito al momento de pulsar el boton de encendido, equipo fue entregado en ginco obstetricia

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| FC 80 | FC 80 | | |
| 120 | 120 | | |
| BS | BS | | |
| NO2 90 | NO2 90 | | |
| 95 | 96 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Jorge Gomez S.

Cargo: INGENIERO

**RECIBIDO:**

Nombre: Angela Calixto

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20286

INSTITUCIÓN: Hosp CSE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos vitales
Marca: NIHON KOHDEN
Modelo: BSM 3763K
Serie: 13510
Activo Fijo: NR

C. de Atención: Hosp CSE
Servicio: gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo encontrado en gineco obstetricia

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 60 | 60 |
| FC 80 | FC 80 |
| 120 | 120 |
| | |
| 85 | 85 |
| SPO2 90 | SPO2 90 |
| 95 | 95 |

| REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yovan Gomez.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Juli N...
Cargo: ...

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20305

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: calle 15 A 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos vitales
Marca: MINDRAY
Modelo: PM-9000 EXPRESS
Serie: BX-00137300
Activo Fijo: 74358

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: ginecoobstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____
Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 60 | 60 | | |
| FC 80 | FC 80 | | |
| RR 20 | RR 20 | | |
| | | | |
| 80 | 80 | | |
| SPO2 90 | SPO2 90 | | |
| 95 | 95 | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Ludyg Sotelo
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 22-02-2024

**Reporte No.** 20262

INSTITUCIÓN: Hoyo ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 18 # 19-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor fetal
Marca: Biocare
Modelo: IC60
Serie: C8A6120150300009
Activo Fijo: 77292

C. de Atención: Hoyo ESE
Servicio: gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo efectivo

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 60 | 60 |
| FC 150 | FC 150 |
| 120 | 120 |
| | |
| 80 | 80 |
| SPO2 90 | SPO2 90 |
| 75 | 75 |

| REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☐ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yorma Gonzalez.
Cargo: INGENIERO

**RECIBIDO:**

Nombre: Argelis Gelvez
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 6-02-2024

**Reporte No.** 20308

INSTITUCIÓN: HORO EJE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Monitor de signos Vitales
Marca: DRAGER
Modelo: VISTA 120S
Serie: 32DNF0573
Activo Fijo: 19188

C. de Atención: HORO EJE
Servicio: ginco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** presenta deterioro en brazalete NIBP

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 60 | 60 |
| FC 80 | FC 80 |
| 120 | 120 |
| | |
| 85 | 85 |
| SPO2 90 | SPO2 90 |
| 95 | 95 |

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: JUN NAVARRO
Cargo: GH personal

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 21-02-2024

**Reporte No.** 20464

INSTITUCIÓN: HORO ESE

CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: CALLE 15 #7-93

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: BASCULA MECANICA

Marca: HEALTH O METER

Modelo: 402KL

Serie: 402005286

Activo Fijo: 4270

C. de Atención: HORO ESE

Servicio: CIRUGIA

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| | |
| KG 40 50 30 | KG 40 50 30 |
| | |
| | |
| | |

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yarony Gomez S.

Cargo: Ingeniera

**RECIBIDO:**

Nombre: Yaneth PM

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 26-02-2024

**Reporte No.** 20509

INSTITUCIÓN: HORO ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6744650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Bascula mecanica

Marca: HEALTH O METER

Modelo: 402 KL

Serie: 402002222G

Activo Fijo: 4259

C. de Atención: HORO ESE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☐ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☐ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☐ | ☐ | ☑ |
| Verificar batería interna | ☐ | ☐ | ☑ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☐ | ☐ | ☑ |
| Estado de circuito eléctrico | ☐ | ☐ | ☑ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☐ | ☐ | ☑ |
| Estado de sistema mecánico | ☐ | ☐ | ☑ |
| Prueba de fugas | ☐ | ☐ | ☑ |
| Lubricación | ☐ | ☐ | ☑ |
| Limpieza interna y externa | ☐ | ☐ | ☑ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| | |
| | |
| 20 | 20.1 |
| | |
| 60 | 59.9 |
| | |
| | |

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

## ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ivan Suarez

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Juan Baquero

Cargo: Enfermero

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 19-02-2024

**Reporte No.** 20394

INSTITUCIÓN: HORO ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15A 7-93

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Bascula para bebe

Marca: RICE - LAKE

Modelo: RL-DB1

Serie: 09101100342

Activo Fijo: 16029

C. de Atención: HORO ESE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| | |
| 1 | 1 |
| | |
| 2 | 2 |
| 5 | 4.99 |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento

No cumple ☐ Serie

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA V.

Cargo: ING. BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre: Ivon Barrero

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 27-02-2024

**Reporte No.** 20569

INSTITUCIÓN: Horo ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Columna

Marca: MINDRAY

Modelo: HYPORT 3000

Serie: H7-12000345

Activo Fijo: 74500

C. de Atención: Horo ESE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Juan Bayona

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 20-02-2024

**Reporte No.** 20345

INSTITUCIÓN: HOROESE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Columna
Marca: Mindray
Modelo: HYPORT 3000
Serie: H1-12000344
Activo Fijo: 14502

C. de Atención: HOROESE
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo se encuentra con tomas 220 v deshabilitados

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☐ Con Falla ☑ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Karen Gomez S.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: ____
Cargo: ____

Calle 16 No. 31-30 Yopal - Casanare * Cel: 310 857 4648 - 310 335 0143* 360casanare@gmail.com

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 29-02-2024

**Reporte No.** 20532

INSTITUCIÓN: Hora ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Columna

Marca: MINDRAY

Modelo: HYPART 3000

Serie: H7-12000343

Activo Fijo: 74498

C. de Atención: Hora ESE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | ✓ |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento

No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ivan Suarez

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Leidy Ramirez

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20413

INSTITUCIÓN: HOSPITAL
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: CALLE 15 # 1-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: COLUMNA
Marca: MINDRAY
Modelo: A1PORT 3000
Serie: A17-12000339
Activo Fijo: 74463

C. de Atención: HOSPITAL
Servicio: CIRUGIA

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | ✓ |
| Verificar alarmas | ✓ | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**
EQUIPO PRESENTA FALLA EN TOMAS 110 V

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: MARIA GOMEZ S.
Cargo: INGENIERO

**RECIBIDO:**

Nombre:
Cargo:

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 12-02-2024

**Reporte No.** 20335

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 13 # 7-75
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Columna
Marca: MINDRAY
Modelo: HYPORT 3000
Serie: 11-12000346
Activo Fijo: 74496

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____
Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | | ✓ | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | | ✓ | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | ✓ |

**OBSERVACIONES:** Daño en toma 110 V

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☐ Con Falla ☑ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Paola Andrea
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 19-02-2024

**Reporte No.** 20449

INSTITUCIÓN: Hoporcse
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Desfibrilador
Marca: Mindray
Modelo: BeneHeart D6
Serie: D2-9A005539
Activo Fijo: 11182

C. de Atención: Hoporcse
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☐ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| 200 | 197 | | |
| ✓ 300 | ✓ 288 | | |
| 360 | 347 | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Reinel Gomez S
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Ivar Baquero
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 26-02-2024

**Reporte No.** 20510

INSTITUCIÓN: Horo ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Doppler fetal
Marca: HUNTLEIGH
Modelo: FD1
Serie: FD1PX0212446-06
Activo Fijo: 2188

C. de Atención: Horo ESE
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Carolina V.
Cargo: Ing. Biomedica

**RECIBIDO:**

Nombre: Ivon Baquero
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 26-02-2024

**Reporte No.** 20511

INSTITUCIÓN: HORO ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-75

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6364650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Electrobisturi

Marca: BOVIE MEDICAL

Modelo: IDS-300

Serie: BV3810003

Activo Fijo: 14222

C. de Atención: HORO ESE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA V.

Cargo: ING. BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre: Juan Barquero

Cargo: Enfermero

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 21-02-2024

**Reporte No.** 20336

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Electro Bisturi
Marca: BOVIE MEDICAL
Modelo: IDS-300
Serie: BV3870009
Activo Fijo: 74229

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: CIRUGIA

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | | | ✓ |
| Estado de sistema mecánico | | | ✓ |
| Prueba de fugas | | | ✓ |
| Lubricación | | | ✓ |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Patricia Andrade
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 29-02-2024

**Reporte No.** 20533

INSTITUCIÓN: HOPD EJE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 1-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6341650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Electrobisturi

Marca: BOVIE MEDICAL

Modelo: IDS-300

Serie: BU3810008

Activo Fijo: 14230

C. de Atención: HOPD EJE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☐ | ☐ | ☑ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA V.

Cargo: ING. BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre: [illegible]

Cargo: [illegible]

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 27-02-2024

**Reporte No.** 20300

INSTITUCIÓN: HOBO ESE

CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Electrobisturi
Marca: ROVIE MEDICAL
Modelo: 105-300
Serie: BV3170020
Activo Fijo: 15896

C. de Atención: HOBO ESE
Servicio: CIRUGIA

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | | | ✓ |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:**
Equipo operativo

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Yoryi Gomez

Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: ____

Cargo: ____

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 27-02-2024

**Reporte No.** 20570

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 A 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6341650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Electrobisturi
Marca: BOVIE MEDICAL
Modelo: 105-300
Serie: BV38100071
Activo Fijo: 14232

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ Finalización DD MM AAAA Hora: ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Se corrige numero de serie en proyección BV38100071
BV38100072

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA V.
Cargo: ING. BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre: Ivan Baquero
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 20-02-2024

**Reporte No.** 20458

INSTITUCIÓN: HOROCSE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Electrocardiografo
Marca: Mindray
Modelo: DE6-03A
Serie: CQ-08703266
Activo Fijo: 14362

C. de Atención: HOROCSE
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | ✓ |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| 60 | 60 |
| FC 120 | FC 120 |
| 180 | 180 |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Paola Gomez S
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Edil
Cargo: Enfermero

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 19-02-2024

**Reporte No.** 20395

INSTITUCIÓN: HOBO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: CALLE 13 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6341150

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: FOTOFORO
Marca: WELSH ALLYN
Modelo: 49020
Serie: NR
Activo Fijo: 10003

C. de Atención: HOBO ESE
Servicio: CIRUGÍA

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: EDWIN MUÑOZ PRADA
Cargo: Ing. Biomédico 3-60

**RECIBIDO:**

Nombre: Ivon Bugueno
Cargo: Enfermera.

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 21-02-2024

**Reporte No.** 20587

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Fuente de luz
Marca: FUJINON
Modelo: XL-U400HD
Serie: 150894634
Activo Fijo: 75880

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: Cirugía

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | | | ✓ |
| Prueba de fugas | | | ✓ |
| Lubricación | | | ✓ |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Roger Gomez S
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Adela Jaramillo
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 21-02-2024

**Reporte No.** 20465

INSTITUCIÓN: HOBO CSE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: calle #75 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: fuente de luz
Marca: OLYMPUS
Modelo: CLE-145
Serie: 7403104
Activo Fijo: 7078

C. de Atención: HOBO CSE
Servicio: CIRUGIA

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____
Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ronny Gomez S.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Yadith Rm
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 13 - 02 - 2024

**Reporte No.** 20404

INSTITUCIÓN: Horo ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-75

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Lampara auxiliar

Marca: WELCH ALLYN

Modelo: LS-135

Serie: NR

Activo Fijo: 9943

C. de Atención: Horo ESE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | | | ✓ |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: [illegible] MUÑOZ PRADA

Cargo: Ing. Biomédico 3-60

**RECIBIDO:**

Nombre: [illegible]

Cargo: Enfermera Jefe

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 14-02-2024

**Reporte No.** 20418

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: calle 16 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: LAMPARA CIRUGICA
Marca: MINDRAY
Modelo: HyLITE 6700
Serie: 65-08000125
Activo Fijo: 14464

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: CIRUGIA

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado fisico del equipo | ✓ | | |
| Estado fisico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** equipo prende pero en corrosa

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: [illegible]
Cargo: INGENIERO

**RECIBIDO:**

Nombre: [illegible]
Cargo: Enfermera Jefe

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 6-02-2024

**Reporte No.** 20351

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-75
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Lampara Cirlitica
Marca: MINDRAY
Modelo: HYLITE 6700
Serie: 6S-08000120
Activo Fijo: 74503

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____
Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | | ✓ | |
| Estado físico de accesorios | | ✓ | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | | | ✓ |
| Lubricación | | | ✓ |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo no posee una de las satelites

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☐ Con Falla ☑ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: EDWIN MUÑOZ PRADA
Cargo: Ing. Biomédico 3-60

**RECIBIDO:**

Nombre: ____
Cargo: ____

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 29-02-2024

**Reporte No.** 20534

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-25
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Lampara quirurgica
Marca: REACER
Modelo: polaris 600
Serie: AJML-7243
Activo Fijo: 11817

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | ✓ |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: EDGAR MUÑOZ PRADA
C.C. 1.074.704.059
Cargo: Ing. Biomédico 3-60

**RECIBIDO:**

Nombre: Yoseli RM
Cargo: enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 27-02-2024

**Reporte No.** 20293

INSTITUCIÓN: HORO ESE

CIUDAD: YOPAL DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Lampara cielitica

Marca: Dragér

Modelo: Polaris 600

Serie: ASML-1244

Activo Fijo: 77816

C. de Atención: HORO ESE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | | | ✓ |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | | | ✓ |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo operativo

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ronal Gomez S

Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Patricia Andrade

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 27-02-2024

**Reporte No.** 20571

INSTITUCIÓN: Hora ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Lampara cisitica

Marca: DRAGER

Modelo: Polaris 600

Serie: ASML-1245

Activo Fijo: 11878

C. de Atención: Hora ESE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento

No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: EDGAR MUÑOZ PRADA

Cargo: Ing. Biomédico 3-60

**RECIBIDO:**

Nombre: Juan Baquero

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 13-02-2024

**Reporte No.** 20403

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: lampara quirurgica
Marca: HEAL FORCE
Modelo: TOPLED-6000L
Serie: EG01140102
Activo Fijo: 15560

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☑ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: EDWIN MUÑOZ PRADA
C.C. 1.01.059
Cargo: Ing. Biomédico 3-60

**RECIBIDO:**

Nombre:
Cargo:

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 12-02-2024

**Reporte No.** 20380

INSTITUCIÓN: Horo ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344680

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Laringoscopio

Marca: WELCH ALLYN

Modelo: 60B73

Serie: NR

Activo Fijo: 2777

C. de Atención: Horo ESE

Servicio: Unidad intermedia neonatal

### SERVICIO OFRECIDO

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento

No cumple ☐ Serie

### ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Yenny Garcia

Cargo: Enfermera

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 27-02-2024

**Reporte No.** 20294

INSTITUCIÓN: Hapo ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344690

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Laringoscopio
Marca: Welch Allyn
Modelo: 60813
Serie: NK
Activo Fijo: 2091

C. de Atención: Hapo ESE
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____
Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** Equipo operativo

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ronny Gomez S.
Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Patricia Andrade
Cargo: Tecnico

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 6-02-2024

**Reporte No.** 20352

INSTITUCIÓN: HORO ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344030

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Laringoscopio

Marca: WELCH ALLYN

Modelo: 60813

Serie: NR

Activo Fijo: 2094

C. de Atención: HORO ESE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | | | ✓ |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | | | ✓ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | | | ✓ |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento

No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA J.

Cargo: ING. BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre:

Cargo:

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 20-02-2024

**Reporte No.** 20456

INSTITUCIÓN: HORO CSE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: colnis # 1-95

RESPONSABLE: _____ TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Laringoscopio

Marca: welch allyn

Modelo: 60813

Serie: NR

Activo Fijo: 2264

C. de Atención: HORO CSE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento _____

No cumple ☐ Serie _____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Carlos Gomez

Cargo: Instrumentador

**RECIBIDO:**

Nombre: Carl Medina

Cargo: Enfermero

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 29-02-2024

**Reporte No.** 20535

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 13 # 7-75
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6744650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: LAPAROSCOPIO
Marca: WELCH ALLYN
Modelo: 60873
Serie: NR
Activo Fijo: 2703

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: CIRUGIA

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☐ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Yoteidi RM
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 15-02-2024

**Reporte No.** 20423

INSTITUCIÓN: Horo ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6341650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Laringoscopio

Marca: WELCH ALLYN

Modelo: 60813

Serie: NR

Activo Fijo: 97-8-033

C. de Atención: Horo ESE

Servicio: Gineco obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento

No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Jaimes

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Claudia

Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 14-02-2024

**Reporte No.** 20415

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: calle 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Laringoscopio
Marca: WELCH ALLYN
Modelo: 60813
Serie: NS
Activo Fijo: 2765

C. de Atención: Horo ESE
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | | | ✓ |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | | | ✓ |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | | | ✓ |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | ✓ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Tilan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: [signature]
Cargo: Enfermera Jefe

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 20-02-2023

**Reporte No.** 20454

INSTITUCIÓN: Horo ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 #7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Litotriptor

Marca: Richard Wolf

Modelo: 2290

Serie: 351077

Activo Fijo: 9146

C. de Atención: Horo ESE

Servicio: Cirugia

### SERVICIO OFRECIDO

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐ Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | ✓ | | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento

No cumple ☐ Serie

### ESTADO DEL EQUIPO

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Jorge Gomez S.

Cargo: Ingeniero

**RECIBIDO:**

Nombre: Cat Rodrig.

Cargo: Enfermero

3-60 PLUS S.A.S.
NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 14-02-2024

**Reporte No.** 20573

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: calle 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Maquina de anestesia
Marca: DRAGER
Modelo: FABIUS PLUS
Serie: ASCC - 0154
Activo Fijo: 14484

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | | | |
| Otro: | | | |

**OBSERVACIONES:**

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento
No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ivan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre: Ivan Baquero
Cargo: Enfermera

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 29-02-2024

**Reporte No.** 20536

INSTITUCIÓN: Hora E.S.E

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: Calle 15 # 7-75

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344150

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Maquina de anestecia

Marca: DRAGER

Modelo: FABIUS PLUS

Serie: AJCC-0737

Activo Fijo: 741504

C. de Atención: Hora E.S.E

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Cumple ☐ Instrumento ____

No cumple ☐ Serie ____

## REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS

| | Cant. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: CAROLINA V.

Cargo: ING. BIOMEDICA

**RECIBIDO:**

Nombre: Yorled Rm

Cargo: Enfermero

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 14-02-2024

**Reporte No.** 20416

INSTITUCIÓN: Hopo ESE

CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: mlc 15 # 7-95

RESPONSABLE: TELÉFONO: 6344650

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Maquina de anestesia

Marca: DRAGER

Modelo: fabius plus

Serie: AXCC-0753

Activo Fijo: 144161

C. de Atención: Hopo ESE

Servicio: Cirugia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑

Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ✓ | | |
| Limpieza y desinfección del equipo | ✓ | | |
| Verificar fuente de alimentación | ✓ | | |
| Estado físico del equipo | ✓ | | |
| Estado físico de accesorios | | ✓ | |
| Verificar batería interna | ✓ | | |
| Prueba inicial de funcionamiento | ✓ | | |
| Verificar alarmas | ✓ | | |
| Estado de circuito eléctrico | ✓ | | |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ✓ | | |
| Estado de sistema mecánico | ✓ | | |
| Prueba de fugas | ✓ | | |
| Lubricación | ✓ | | |
| Limpieza interna y externa | ✓ | | |
| Prueba final de funcionamiento | ✓ | | |
| Mantenimiento según manual del equipo | ✓ | | |
| Otro: | | | ✓ |

**OBSERVACIONES:** equipo presenta falla px sensor O2

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento

No cumple ☐ Serie

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Ivan Suarez

Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:**

Nombre:

Cargo: Esteban Jefe

# 3-60 PLUS S.A.S.

NIT: 901.400.915 - 9

# REPORTE DE MANTENIMIENTO

CÓDIGO:3-60_IG_P01_F01
Fecha de Emisión: 22-09-2017
Página 1 de 1
Versión: 1

**FECHA** 8- 02 -2024

**Reporte No.** 20289

INSTITUCIÓN: HORO ESE
CIUDAD: Yopal DIRECCIÓN: CALLE 15 # 7-95
RESPONSABLE: TELÉFONO: 6321465 0

## INFORMACIÓN GENERAL

Equipo: Maquina de anestesia
Marca: DRAGER
Modelo: ANBIUS PLUS
Serie: ASCC-0158
Activo Fijo: 14460

C. de Atención: HORO ESE
Servicio: GINECO obstetricia

**SERVICIO OFRECIDO**

Garantía ☐ Ctto de Mantenimiento ☑
Arrendamiento ☐ Apoyo Tecnológico ☐

## TIPO DE SERVICIO / MANTENIMIENTO

Preventivo ☑ Correctivo ☐ Diagnóstico ☐

Inicio DD MM AAAA Hora: ____ ____

Finalización DD MM AAAA Hora: ____ ____

**TIPO DE FALLA:** Eléctrico ☐ Electrónico ☐ Neumático ☐ Mecánico ☐ Hidráulico ☐ Configuración ☐
Conexión ☐ Operativo ☐ Accesorios ☐ Otro: ☐

## PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Uso de EPP | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza y desinfección del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar fuente de alimentación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado físico de accesorios | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar batería interna | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba inicial de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Verificar alarmas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de circuito eléctrico | ☑ | ☐ | ☐ |

| | C | N.C | N.A |
|---|---|---|---|
| Estado de circuito electrónico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Estado de sistema mecánico | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba de fugas | ☑ | ☐ | ☐ |
| Lubricación | ☑ | ☐ | ☐ |
| Limpieza interna y externa | ☑ | ☐ | ☐ |
| Prueba final de funcionamiento | ☑ | ☐ | ☐ |
| Mantenimiento según manual del equipo | ☑ | ☐ | ☐ |

Otro: ____

**OBSERVACIONES:** ____

| EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | | REPUESTOS/ACCESORIOS EMPLEADOS | Cant. |
|---|---|---|---|
| Equipo referencia (Magnitud) | Equipo bajo prueba (Magnitud) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cumple ☐ Instrumento ____
No cumple ☐ Serie ____

**ESTADO DEL EQUIPO**

Funcionando ☑ Con Falla ☐ Fuera de Servicio ☐

**ENTREGADO:**

Nombre: Juan Suarez
Cargo: Tecnico

**RECIBIDO:** JUAN NN

Nombre: Empleado
Cargo: ____