# REPORTE DE SERVICIOS

CÓDIGO: F-IM-DT-P-005-16
VERSIÓN: 07
F.A.: 2024-02-02

## 1. Datos del cliente

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Orden de servicio:** | R-ODS-24-S245-1 | **Razón social:** | LAB BRANDS SAS |
| **Fecha :** | 2024-06-11 | **Dirección:** | autop Bogota-Medellin Km 7.5 parque ind. Bruselas Bodega 01 |
| **No de OS del cliente:** | N/A | **Contacto:** | 2207700 Ext. 1273 |
| **No de PE de INGOBAR:** | PE-IM-2024-526-1 LAB BRANDS SAS | **Correo electrónico:** | martha.valderrama@labbrands.com |

## 2. Datos sobre el servicio

| | |
|---|---|
| **Dirección y ciudad del servicio:** | Av. Avenida calle 26 No. 51-20, Bogotá, Colombia. |
| **Nombre del cliente para el certificado:** | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD |
| **Persona de contacto:** | Gloria Cecilia Malaver Peñagmalaver@ins.gov.co / Angela Cortes acortes@ins.gov.co |
| **Correo electrónico / teléfono:** | 2207700 Ext. 1273 |

**Nomenclatura empleada para la columna servicio:**

**C :** calibración - **IQ :** calificación de instalación - **OQ :** calificación operacional - **PQ :** calificación de desempeño - **MP:** Mantenimiento prevetivo - **MC :** Mantenimiento correctivo - **V :** Verificación metrológica

| Item | Servicio | Instrumento | Marca | Modelo | Serie | Código interno | Ubicación | Punto o intervalo de medición | Número certificado o informe | Se adhiere etiqueta al equipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PQ | Congelador | Haier Biomedical | DW-40L262 | B602Q CEQH0 | LMI-082 | LMI-Microbiología | -30°C +/-5°C | IM-MED-24-0123 | SI |
| 2 | | | | | DQEL5 D0033 | / | | | | |

Durante la ejecución del servicio, se presentaron desviaciones a los métodos para las actividades del laboratorio que permitan cumplir los requerimientos del cliente? SI ____, NO X
Si su respuesta es afirmativa; por favor indique cuál?:

## 3. Cambios a la oferta durante la prestación del servicio

Ninguna.

## 4. Observaciones durante la prestación del servicio

Se socializan resultados con el usuario

| Firma personal INGOBAR Metrología S.A.S. | |
|---|---|
| **Firma:** | Edna Arteaga |
| **Nombre:** | Edna Arteaga |
| **Cargo:** | Metróloga J. |
| **Fecha:** | 2024-06-14 |
| Firma autorizada Representante del cliente: | |
| **Firma:** | Victor Gasca / Gloria Malaver |
| **Nombre:** | Victor Gasca Nariera / Gloria Malaver |
| **Cargo:** | Profesional contratista / Ing. biomedica |
| **Fecha:** | 2024-14-06 / 2024-06-14 |

**Evaluación del servicio**

**Teniendo en cuenta su experiencia, agradecemos realice la encuesta de satisfacción escaneado el QR.**

La homogenidad esta alta apesar que entra delas tolerancias y se realizara el ajuste del sensor con el reporte