INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 001 PERÍODO: 15/05/2025 AL 12/06/2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MINIMA CUANTIA
No. CONTRATO Y FECHA	CONTRATO No CAO-019-DEL 13 DE MAYO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA PLANTA ELECTRICA Y EQUIPOS TECNICOS DESTINADOS A LA CONSERVACIÓN DE LA CADENA DE FRIO DE LAS VACUNAS PERTENECIENTES AL MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRA-BOYACA-VIGENCIA 2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS R/L JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	NIT. 900.902.346-9 C.C N. 7.183.785 DE TUNJA
FECHA ACTA DE INICIO	QUINCE (15) DE MAYO 2025
PLAZO INICIAL DE EJECUCION DEL CONTRATO	SEIS (06) MESES
PLAZO PRÓRROGA 1	N/A
PLAZO TOTAL DE EJECUCION DEL CONTRATO (Incluye prórrogas)	SEIS (06) MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	DOCE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS ($12.469.600) M/CTE
VALOR ADICIÓN 1	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (*INCLUYE VALOR INICIAL , CON ADICIONES Y/O MODIFICACIONES*)	DOCE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS ($12.469.600) M/CTE
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	SEIS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS ($ 6.234.800) MCTE
No. DEL CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	2025000707 DEL 13 DE MAYO DE 2025
SUSPENSION(ES)	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	CATORCE (14) DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE 2025

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Prestar los servicios de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica y los equipos técnicos de la Dirección Local de Salud, cumpliendo estrictamente con las especificaciones del manual técnico de operación y el cronograma establecido.	Se realizó visita de mantenimiento preventivo, correctivo para los equipos descritos en las especificaciones técnicas y objeto del contrato de acuerdo a los lineamientos establecidos de cada fabricante y teniendo en cuenta el Manual Técnico Administrativo del PAI de acuerdo al Cronograma de actividades.	ANEXO. INFORME FINAL CON REGISTRO FOTOGRAFICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CORRECTIVO PARA EQUIPOS DE RED DE FRIO Y PLANTA ELECTRICA, CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
2. Elaborar y entregar informes detallados sobre los mantenimientos preventivos y correctivos realizados a los equipos técnicos de la red de frío y la planta eléctrica, incluyendo observaciones relevantes y recomendaciones técnicas	De acuerdo a las actividades realizadas en el mantenimiento preventivo se realiza entrega del reporte de servicio 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332 y listas de chequeo por equipo, especificando información técnica, tipo de tecnología, actividades realizadas, recomendaciones y observaciones para cada equipo. "Check list" con actividades propias de cada equipo.	ANEXO. REPORTE DE SERVICIO No. 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, LISTAS DE CHEQUEO
3. Registrar en las hojas de vida de los equipos técnicos y planta eléctrica todos los mantenimientos realizados, asegurando que cada registro esté firmado por el personal asignado.	Ver Reporte de servicio 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332 y listas de chequeo	REPORTE DE SERVICIO 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, LISTAS DE CHEQUEO
4. Garantizar una respuesta inmediata ante fallas críticas en los equipos de la red de frío que puedan comprometer la conservación adecuada de las vacunas almacenadas. El tiempo máximo para evitar que la temperatura exceda el rango crítico de +2°C a +8°C no debe superar dos horas desde el apagado del cuarto frío.	Se garantiza el funcionamiento de los refrigeradores, congeladores, estabilizadores de voltaje y de la planta eléctrica de acuerdo a la realización de actividades realizadas con base en especificaciones del fabricante del equipo	N/A

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
5. Capacitar al personal del municipio en el manejo adecuado y las recomendaciones de uso de los equipos, dejando constancia escrita de esta actividad.	Durante la ejecución de la visita de mantenimiento preventivo y correctivo se realizó capacitación al personal encargado del área de la Jefe Sofía Regalado del cuidado y manejo así como las recomendaciones que hay que tener por cada equipo	N/A
6. Cumplir integralmente con las especificaciones contenidas en la invitación pública y en la propuesta presentada al Municipio de Chiquinquirá.	Se realiza ejecución de protocolos de mantenimiento, recomendaciones del fabricantes, lista de chequeo con actividades propias de cada equipo cumplimiento las especificaciones técnicas	ANEXO. REPORTES DE SERVICIO, LISTA DE CHEQUEO, INFORME CON REGISTRO FOTOGRAFICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO
7. Garantizar la calidad del servicio prestado, conforme a lo estipulado en la propuesta del contratista.	Se utilizaron herramientas especializadas y adecuadas en la realización de las especificaciones técnicas de cada equipo, utilizando elementos adecuados y personal idóneo	ANEXO. REGISTROS FOTOGRAFICOS DE REFRIGERADORES, CONGELADORES, ESTABILIZADORES DE VOLTAGE Y PLANTA ELECTRICA
8. Acatar todas las instrucciones impartidas por el Municipio de Chiquinquirá durante la ejecución del contrato.	Se realizó una correcta ejecución de la visita de mantenimiento preventivo y correctivo por cada equipo, utilizando el tiempo correcto en la realización de actividades	N/A
9. Asegurar que los repuestos e insumos utilizados sean nuevos, originales y genuinos, garantizando además que la mano de obra empleada sea idónea y esté debidamente capacitada para las labores objeto del contrato.	Se utilizaron repuestos, elementos nuevo y con factura electrónica cumpliendo las especiaciones técnicas de cada equipo	ANEXO. REGISTROS FOTOGRAFICOS DE REFRIGERADORES, CONGELADORES, ESTABILIZADORES DE VOLTAGE Y PLANTA ELECTRICA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
10. Ofrecer garantía mínima de dos (2) meses sobre el funcionamiento adecuado de los refrigeradores reparados, incluyendo garantía sobre los repuestos cambiados por defectos de calidad.	De acuerdo al cumplimiento de las especificaciones técnicas de cada equipo se brinda garantía tanto de los repuestos utilizados que fueron comprados dando cumplimiento a la regulación tributaria vigente así como en mano de obra	ANEXO. REGISTROS FOTOGRAFICOS DE REFRIGERADORES, CONGELADORES, ESTABILIZADORES DE VOLTAGE Y PLANTA ELECTRICA
11. Cumplir con los lineamientos establecidos en el Manual Técnico Administrativo del PAI, Tomo 7, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social	Se dio cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Manual Técnico Administrativo del PAI, Tomo 7, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social con actividades que se encuentra relacionadas en los reportes de servicio y listas de chequeo	ANEXO. REPORTE DE SERVICIO No. 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, LISTAS DE CHEQUEO
12. Contar con el personal idóneo y calificado para las labores encomendadas.	En la ejecución del mantenimiento preventivo, correctivo de los equipos descritos en la Invitación pública se utilizó personal idóneo y altamente calificado	ANEXO. VER HOJA DE VIDA DE PERSONAL TECNICO
13. Realizar todas las actividades contratadas dentro del plazo establecido, respetando las condiciones pactadas con el Municipio.	Se dio cumplimiento a todas y cada una de las actividades del contrato de prestación de servicios de acuerdo al porcentaje de cumplimiento y de acuerdo al cronograma de actividades propuesto.	ANEXO. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
	NUEVA EPS	SURA	COLPENSIONES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	**CONTRATISTA** **Firma:** **Nombre: METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS CON NIT. 900.902.346-9 JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS R/L C.C N° 7.183.785 DE TUNJA**
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.	**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Firma:** **Nombre: ELQUIN JOSE CAÑON PINILLA** **Cargo: DIRECTOR LOCAL DE SALUD**

Retención documental					
Elaborado por:		Revisado por:		Aprobado por:	
Nombre	Firma	Nombre	Firma	Nombre	Firma
		GUIRLEY VILLAMIL		ELQUIN JOSE CAÑON PINILLA	
Nombre del documento		INFORME DE ACTIVIDADES			Versión
Dependencia		TRD		Consecutivo	

Chivatá Boyacá, 09 de junio de 2025

Señores
Supervisión
Dirección Local de Salud
Municipio De Chiquinquira
Ciudad.

Asunto: PRIMER INFORME FINAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CORRECTIVO PARA EQUIPOS DE RED DE FRIO Y PLANTA ELECTRICA.

Referencia. INVITACIÓN N° CHQ-MC-022-2025.

Cordial saludo.

A continuación relacionamos las actividades realizadas para los equipos objeto del contrato así:

ACTIVIDADES: Mantenimiento preventivo, correctivo para tres (3) estabilizadores de voltaje, tres (3) refrigeradores horizontales, un (1) congelador vertical, una (1) planta eléctrica.

DURANTE EL MANTENIMIENTO

ESTABILIZADOR DE VOLTAGE MAGOM EV 2000E

- ✓ Revisión e inspección de los cables de la clavija





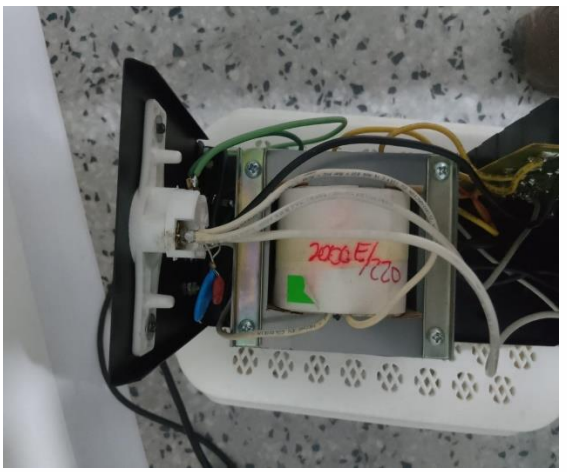





SALIDA POR TOMA
EV 2000 E 220V POTENCIA REAL
Cod: 3101044
Tipo conexión: 2 Fases AC + Tierra
Potencia: 2000VA FP:1
Voltaje entrada: 150 - 240 VAC
Temperatura ambiente: 5°C Mínima, 50°C Máxima
Protección: Fusible 15A
Expectativa de vida: tw10 50, 10 años a 50°C
Voltaje salida: 220 VAC +/- 6%
Corriente de salida: 9A~ Nominal
Uso interior únicamente
Frecuencia: 60 Hz
Fabricado por: ASC Electrónica S.A.
Calle 9 No. 10-30 - La Popa
Dosquebradas - Colombia
PBX: (57-6) 335 0018
www.magomelectronica.com
ENTRADA
PROTECCIÓN
FUSE
SALIDA
FASE
FASE

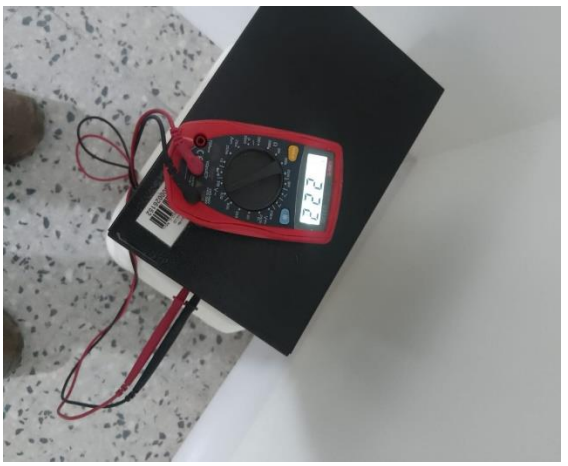

REGULADOR ELECTRÓNICO CON ELEVADOR
magom
EV 2000 E
POTENCIA REAL
CIDET
220V


24.06.2021
SALIDA POR TOMA
EV 2000 E 220V POTENCIA REAL
Cod: 3101044

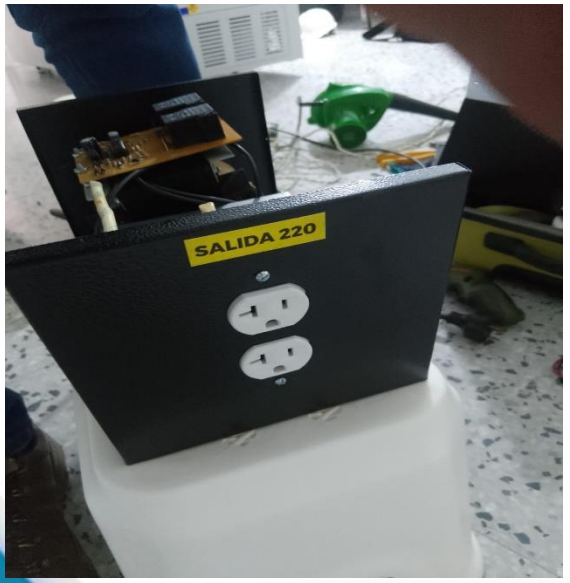

2000E/220



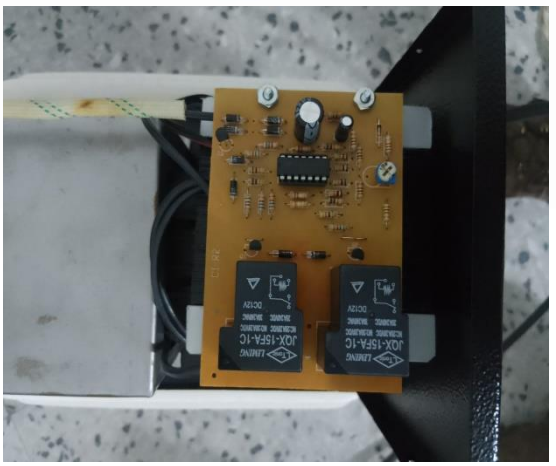
ESTABILIZADOR DE VOLTAGE TECNITRONIC G.C

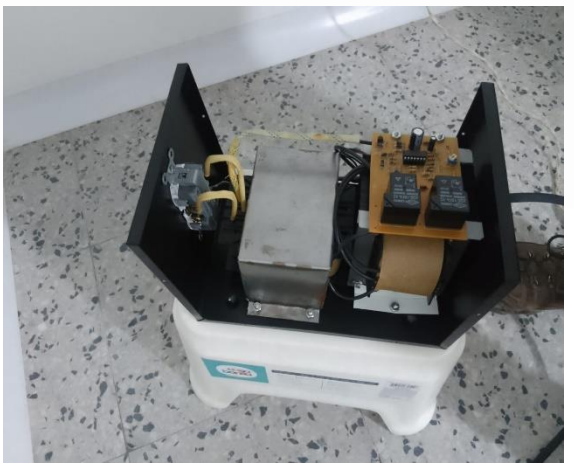




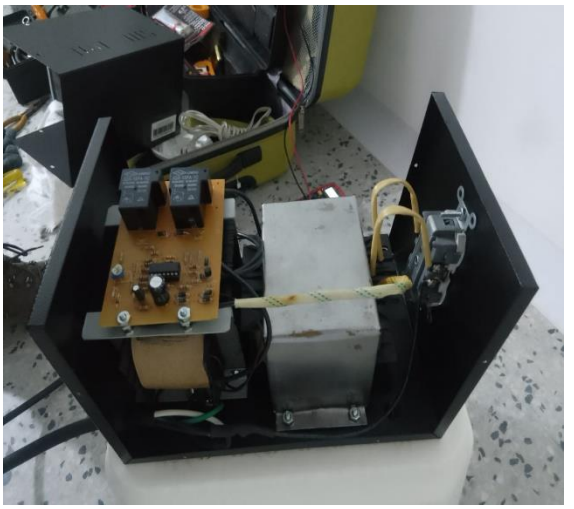









SALIDA 220







ESTABILIZADOR DE VOLTAGE MAGOM EV 1500E





REFRIGERADOR HORIZONTAL MARCA DENTARMK VESTFROST MODELO MK304 SERIE 20081412845

























REFRIGERADOR HORIZONTAL HAIER MODELO HBC-260 SERIE BE069SEA5000EM860032





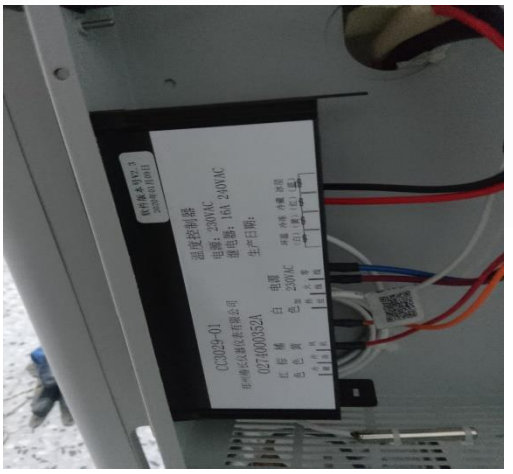


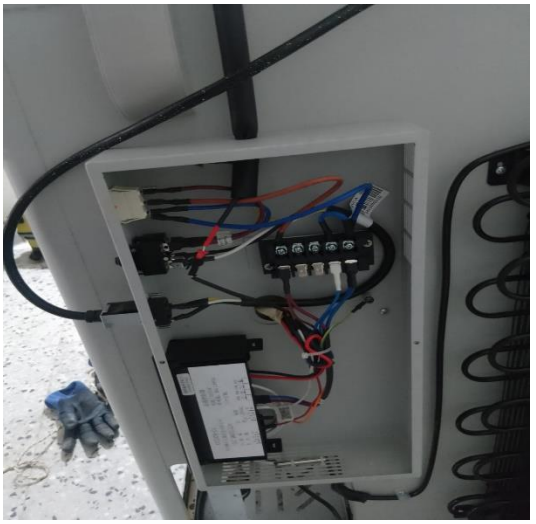










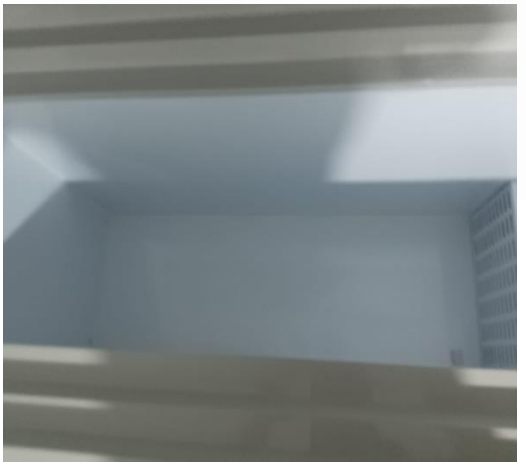



Refrigerator









REFRIGERADOR HORIZONTAL HAIER MODELO HBC-260 SERIE BE0692EA5000EL250033
















R600a
embraco
FMXA9C


embraco
FMXA9C
ELECTRONICALLY PROTECTED
USE ONLY WITH EMBRACO CONTROL UNIT
14/JUL/21
RC1BR9HY


R600a
R600a





CONGELADOR VERTICAL CHALLENGER MODELO CV430
















4
10
1
2
3
4
5
6

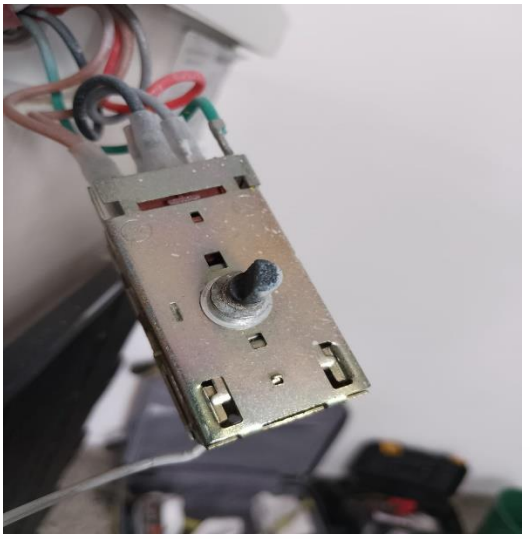


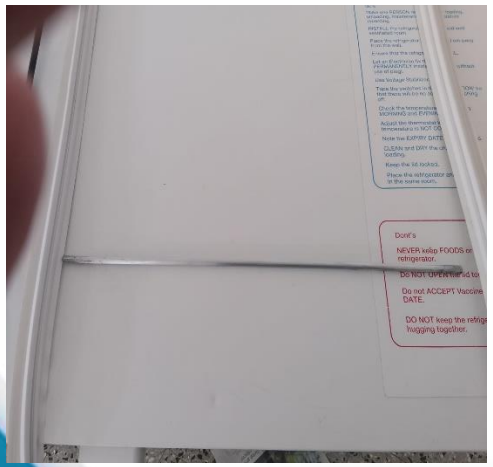


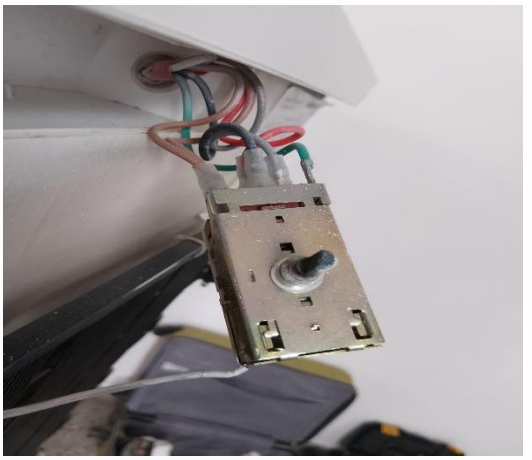

UNIDAD DE
VIGILANCIA EN SALUD
PUBLICA








Don't's
NEVER keep FOODS or
refrigerator.
DO NOT OPERATE
Do not ACCEPT Vaccine
DATE.
DO NOT keep the refrig
hugging together.

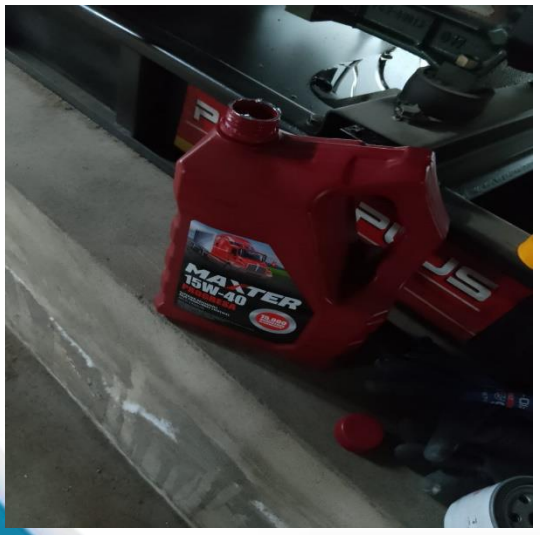




PLANTA ELECTRICA LISTTER PETTER DIESEL SERIE 08001802LPW2A27












LUBRISTONE
COOLANT







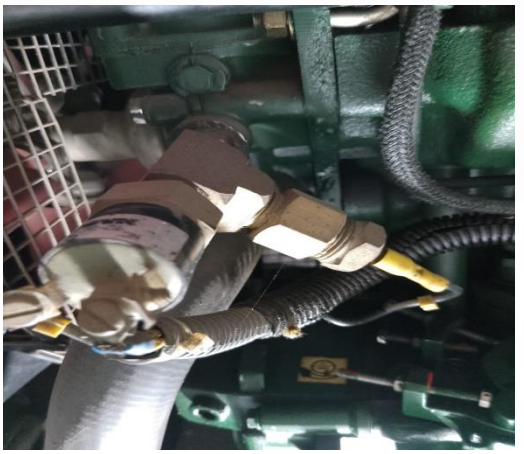


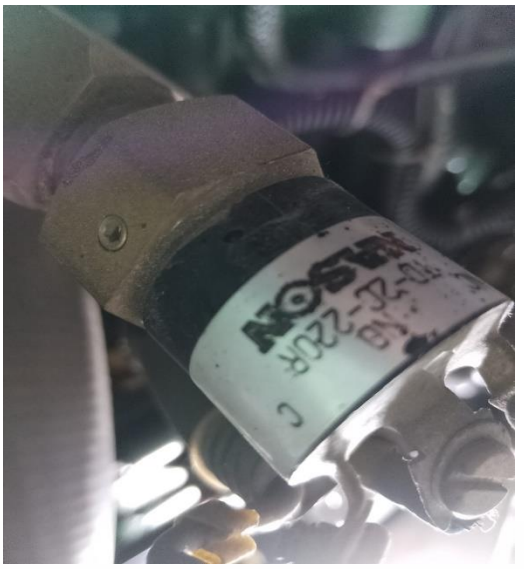
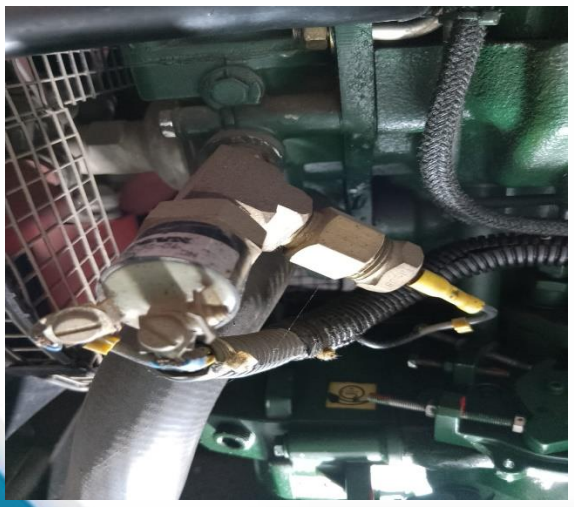



















Atentamente,





JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

REPRESENTANTE LEGAL



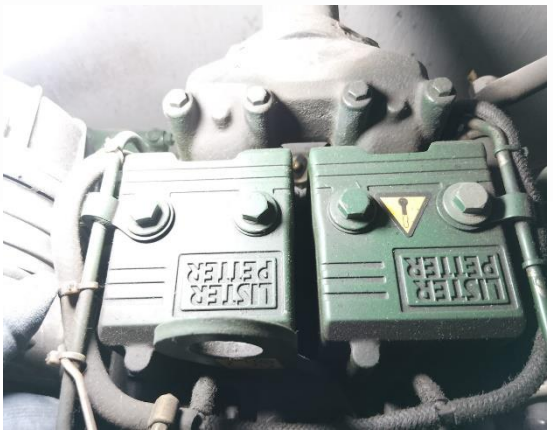

LISTER PETTER LTD.
SOLENOID 12V 366-07197
DURSLEY GLOUCESTERSHIRE GL11 4HS
ENGLAND UK
MW LISTER-PETTER CO. UK

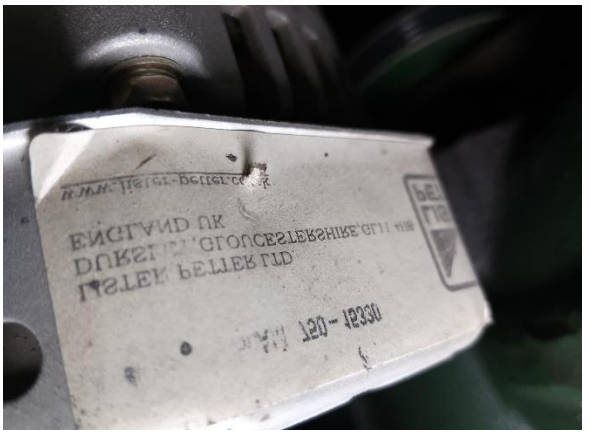





LISTER-PETTER
POWER/ r/min
10,2 KW


LISTER-PETTER
POWER/ r/min
10,2 KW

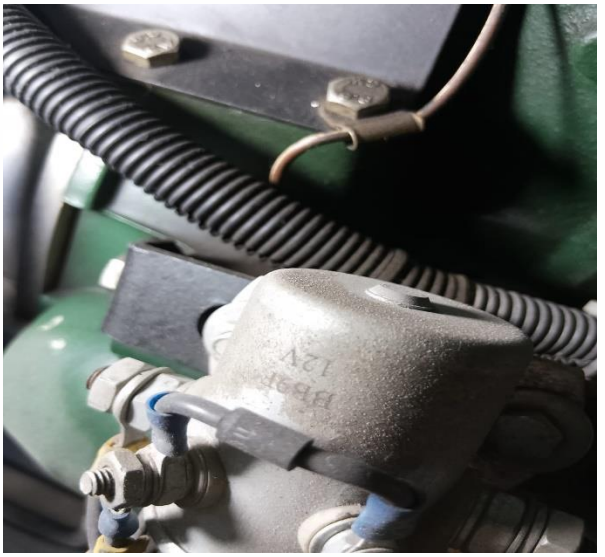

LISTER PETTER
LISTER PETTER


ENGLAND UK
LISTER PETTER LTD

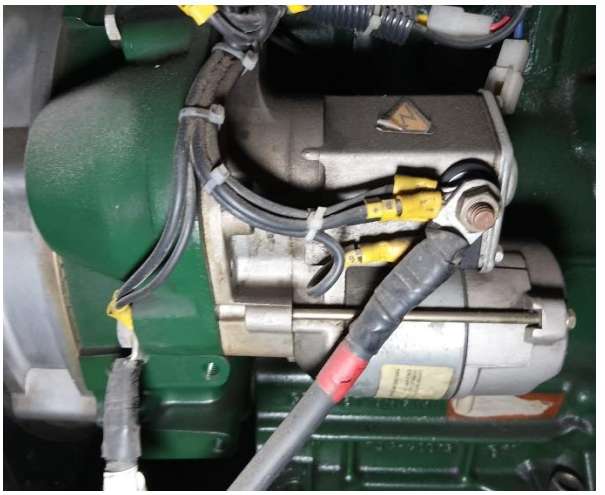

LISTER PETTER


LISTER PETTER

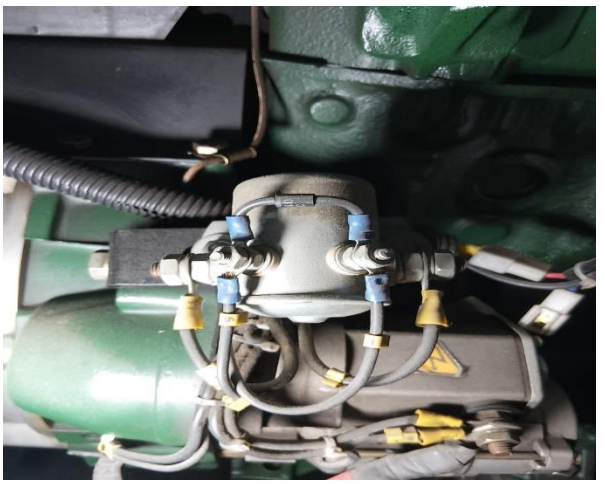

GENSET ENGINE
752-40013
G17








MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRA
E PLANEACION Y DESARROLLO SECTOR
PLANTA ELECTRICA
02011400050019697




MEC
ABS 53b
40A
MCCB
ON
REFER TO SERVICE MANUUAL
BEFORE REMOVING COVERS
CONSULTAR MANUAL ANTES
DE RETIRAR TAPAS


MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRA
DIRECCION LOCAL DE SALUD
PLANTA ELECTRICA
02011400050019697


HI-TECH BATTERY
Extrema
TITANIO
750


HI-TECH BATTERY
Extrema
TITANIO


HI-TECH BATTERY
Extrema
TITANIO
750







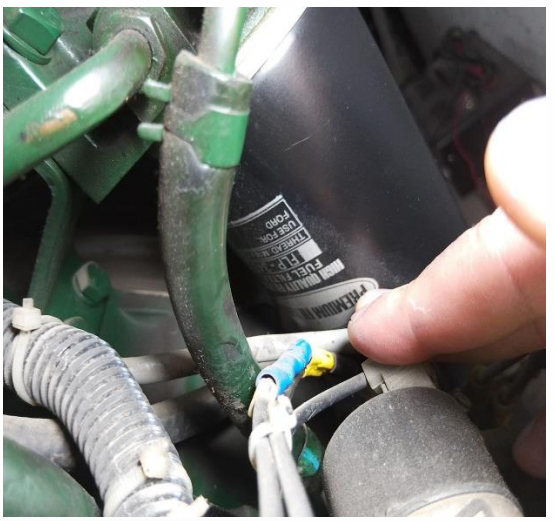







PREMIUM FILTERS












MEC 310
POWER
Bateria 13.4V
RPM 0
00328.9 h
ALARM



Atentamente,



JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS
C.C. No. 7.183.785 DE TUNJA
REPRESENTANTE LEGAL

METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

REPORTE DE SERVICIO **No. 2325**

Institución y/o Cliente: Ultradra Cundinamarca
Ubicación: Cartagena **Ciudad:** Cundinamarca
Dirección: Cartagena-Ge **Marca:** Beautyage
Placa o inventario: WO Logistic **Equipo:** Doble Lector Horizontal
Modelo: MF-304 **Serie:** 2008141284

Mantenimiento Preventivo	X	Correctivo		Diagnostico		Garantía		A Facturar	Y
Modalidad Contrato Nº	CAC-0192	Solicitud Normal		Predictivo		Emergencia	
Progresivo		Otros		Próximo mantenimiento	Cuno	Periódico		Continuo	

INFORMACION TECNICA. (Indique aquí los valores por equipo cuando aplique indicando el valor correspondiente al momento de la intervención)

Voltaje	115	*V*	*Frecuencia*	60	*Hz*
Potencia		*W*	*Amperaje*		*A*
Temperatura	28°C	*T*	*Presión del aire*		*hPa*
Humedad relativa		*%*	*Otra*		

TIPO DE TECNOLOGIA (marque con una "X" la casilla correspondiente al tipo de tecnología que aplica)

Eléctrica	X	*Electrónica*	
Mecánica	X	*Hidráulica*	
Aire		*Agua*	
Calor		*Humedad*	

Actividades realizadas: (Marque con una "X" la casilla correspondiente).

Verificación del cable de poder	✓	*verificación de la clavija*	✓	
Verificación de la carcasa	✓	*verificación de la tarjeta electrónica*		
Verificación del interruptor ON/OFF		*Verificación de la pantalla LCD*		
Verificación del display		*Verificación de botones del menú principal*		
Verificación de puertos		*Verificación de conexiones eléctricas*	✓	
Verificación del compartimiento de la batería		*Verificación de la tapa de la batería*		
Verificación de los resortes del compartimiento de la batería		*Verificación de la batería*		
Verificación de cable de datos "bus"		*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	✓	

METROCAL
METROLOGIA BIOMÉDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

Falla reportada: ninguna

Estado del equipo en que se entrega físicamente: *Equipo se deja operando correctamente*

SI	NO
X	

INFORME: Realizacion del mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: Ninguna

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Mano de obra

OBSERVACIONES

Ninguna

Fecha de Entrega: 06/06/25

Total horas de servicio: 2 horas

Firma Quien recibe satisfacción

Firma Supervisor contrato:

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado:
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

Firma:

Sello:
REGISTRO INVIMA RN201008-472
INSCRITO EN LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

Garantía: Seis (6) meses por mano de obra por concepto de servicios prestados, garantía sujeta a tipo de contrato entre Metrocal Metrología Biomédica S.A.S y el cliente, en productos doce (12) meses garantía sujeta a equipo suministrado.

METROCAL
METROLOGIA BIOMÉDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900

CLIENTE	Alcaldía Chiquinquirá
EQUIPO	REFRIGERADOR HORIZONTAL
MARCA	DENT MARK / VEST FROST
MODELO	MK-304
SERIE	2008141284-1
AÑO	2025
REQUIERE CALIBRACION	SÍ / NO / No requiere

INTERVENCIONES REALIZADAS TRIMESTRALMENTE
"CHECK LIST"

ACTIVIDAD MANTENIMIENTO REALIZADO POR PERIODO	1 TRIMESTRE		2 TRIMESTRE		3 TRIMESTRE		4 TRIMESTRE	
	Fecha: N/A		Fecha:		Fecha: N/A		Fecha:	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se realiza verificación del Condensador		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del Evaporador		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del termostato		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del compresor		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del empaque de la puerta		N/A	√			N/A		
Se realiza inspección de la pintura exterior		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la base fija		N/A	√			N/A		
Se realiza inspección del cableado eléctrico		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de protectores térmicos del motor		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del cable de poder		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación que la clavija cuente con tres pines: Fase, Neutro, y Polo a tierra		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del ventilador		N/A	√			N/A		
Se realiza limpieza interior y exterior		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la válvula de expansión		N/A	√			N/A		
Se realiza inspección de compartimientos interiores donde se colocan los ICE PACK		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del termostato y controlador electrónico		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del display		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la sondas y termocuplas		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la batería (si es necesario el cambio y reemplazo)		N/A	√			N/A		
Se realiza cambio del agua de los ICE PACK		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de los icopores internos.		N/A	√			N/A		
Se realizan pruebas de operación y funcionamiento.		N/A	√			N/A		

METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS

PISDB®

Nit: 900902346-9 régimen común

REPORTE DE SERVICIO **No. 2326**

Institución y/o Cliente: Hospital Universitario
Ubicación: Centro
Dirección: Calle 7 # 7A-48
Placa o inventario: No registra
Modelo: ABC-260
Ciudad: Tunja
Marca: Jorlen
Equipo: Desfibrilador Monofasico
Serie: BE0091 SCURSO DFM 0600-32

Mantenimiento Preventivo	X	Correctivo		Diagnostico		Garantía		A Facturar	X
Modalidad Contrato Nº	GDC-019-25			Solicitud Normal		Predictivo		Emergencia	
Progresivo		Otros		Próximo mantenimiento		Periódico		Continuo	

INFORMACION TECNICA. (Indique aquí los valores por equipo cuando aplique indicando el valor correspondiente al momento de la intervención)

Voltaje	220	*V*	*Frecuencia*	60	*Hz*
Potencia		*W*	*Amperaje*		*A*
Temperatura	2-8°C	*T*	*Presión del aire*		*hPa*
Humedad relativa		*%*	*Otra*		

TIPO DE TECNOLOGIA (marque con una "X" la casilla correspondiente al tipo de tecnología que aplica)

Eléctrica	X	*Electrónica*	X
Mecánica	X	*Hidráulica*	
Aire		*Agua*	
Calor		*Humedad*	

Actividades realizadas: (Marque con una "X" la casilla correspondiente).

Verificación del cable de poder	✓	*verificación de la clavija*	✓	
Verificación de la carcasa	✓	*verificación de la tarjeta electrónica*	✓	
Verificación del interruptor ON/OFF	✓	*Verificación de la pantalla LCD*	✓	
Verificación del display	✓	*Verificación de botones del menú principal*		
Verificación de puertos	✓	*Verificación de conexiones eléctricas*	✓	
Verificación del compartimiento de la batería		*Verificación de la tapa de la batería*		
Verificación de los resortes del compartimiento de la batería		*Verificación de la batería*		✓
Verificación de cable de datos "bus"	✓	*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	✓	

Nit: 900902346-9 régimen común

Falla reportada: ninguna

Estado del equipo en que se entrega físicamente: *Equipo se deja operando correctamente*

SI	NO
X	

INFORME: Requiere mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: ninguna

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Cable de ECG

OBSERVACIONES ninguna

Fecha de Entrega: 06/06/25 **Total horas de servicio:** 2 horas

Firma Quien recibe satisfacción **Firma Supervisor contrato:**

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado:
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

Firma:

Sello:
REGISTRO INVIMA RN201008-472
INSCRITO EN LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

Garantía: Seis (6) meses por mano de obra por concepto de servicios prestados, garantía sujeta a tipo de contrato entre Metrocal Metrología Biomédica S.A.S y el cliente, en productos doce (12) meses garantía sujeta a equipo suministrado.

METROCAL
METROLOGÍA BIOMÉDICA SAS

PISDB®

Nit: 900902346-9 régimen común

CLIENTE	Hiraba Congelacion			
EQUIPO	CONGELADOR VERTICAL			
MARCA	Haier			
MODELO	HDC-160			
SERIE	BE069 SENSO CUEM 860082			
AÑO	2025			
REQUIERE CALIBRACION	SÍ		NO	No requiere

INTERVENCIONES REALIZADAS TRIMESTRALMENTE

ACTIVIDAD MANTENIMIENTO REALIZADO POR PERIODO	1 TRIMESTRE		2 TRIMESTRE		3 TRIMESTRE		4 TRIMESTRE	
	Fecha: N/A		Fecha:		Fecha:		Fecha:	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se realiza verificación del condensador		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del evaporador		N/A	√			N/A		
Se verificación del compresor		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del cable de poder que cuente con polo a tierra.		N/A	√			N/A		
Se realiza inspección de la pintura exterior		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de los soportes en goma		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del interruptor de la puerta		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del empaque de la puerta		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del bombillo de interior del refrigerador		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de canastas plásticas y canastillas, cubiertas interiores		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del filtro de secado		N/A	√			N/A		
se realiza verificación del termostato		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del interruptor de "deshielo"		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la función "deshielo"		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del voltaje de entrada o de la red publica		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la corriente total de consumo		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la temperatura interna del refrigerador		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la presencia del óxido.		N/A	√			N/A		
Se realizan pruebas de operación y funcionamiento.		N/A	√			N/A		

METROCAL
METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

REPORTE DE SERVICIO **No. 2327**

Institución y/o Cliente: Alcaldía Cucaracica
Ubicación: Casco Fijo
Dirección: Calle 7 # 7-48
Placa o inventario: No registra
Modelo: HBL-260
Ciudad: Cucas
Marca: Heinen
Equipo: Desfibrilador Hospitalar
Serie: BE0691260500 0062 500133

Mantenimiento Preventivo	X	Correctivo		Diagnostico		Garantía		A Facturar	X
Modalidad Contrato Nº	CAO-019-25			Solicitud Normal		Predictivo		Emergencia	
Progresivo		Otros		Próximo mantenimiento		Periódico		Continuo	

INFORMACION TECNICA. (Indique aquí los valores por equipo cuando aplique indicando el valor correspondiente al momento de la intervención)

Voltaje	220	*V*	*Frecuencia*	50	*Hz*
Potencia		*W*	*Amperaje*		*A*
Temperatura	2-8°C	*T*	*Presión del aire*		*hPa*
Humedad relativa		*%*	*Otra*		

TIPO DE TECNOLOGIA (marque con una "X" la casilla correspondiente al tipo de tecnología que aplica)

Eléctrica	X	*Electrónica*	X
Mecánica	X	*Hidráulica*	
Aire		*Agua*	
Calor		*Humedad*	

Actividades realizadas: (Marque con una "X" la casilla correspondiente).

Verificación del cable de poder	✓	*verificación de la clavija*	✓	
Verificación de la carcasa	✓	*verificación de la tarjeta electrónica*	✓	
Verificación del interruptor ON/OFF	✓	*Verificación de la pantalla LCD*	✓	
Verificación del display	✓	*Verificación de botones del menú principal*		
Verificación de puertos	✓	*Verificación de conexiones eléctricas*	✓	
Verificación del compartimiento de la batería		*Verificación de la tapa de la batería*		
Verificación de los resortes del compartimiento de la batería		*Verificación de la batería*		
Verificación de cable de datos "bus"	✓	*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	✓	

Nit: 900902346-9 régimen común

Falla reportada: [illegible]

Estado del equipo en que se entrega físicamente: *Equipo se deja operando correctamente*

SI	NO
X	

INFORME: Capacitación del mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: [illegible]

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Mano de obra

OBSERVACIONES [illegible]

Fecha de Entrega: 06/06/25 **Total horas de servicio:** 2 horas

Firma Quien recibe satisfacción **Firma Supervisor contrato:** _____

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado:
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

Firma: [illegible]

Sello:
REGISTRO INVIMA RH201008-472
INSCRITO EN LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

Garantía: Seis (6) meses por mano de obra por concepto de servicios prestados, garantía sujeta a tipo de contrato entre Metrocal Metrología Biomédica S.A.S y el cliente, en productos doce (12) meses garantía sujeta a equipo suministrado.

METROCAL
METROLOGIA BIOMEDICA SAS

PISDB

Nit: 900

CLIENTE	Alcaldía Cucaita 2025
EQUIPO	REFRIGERADOR HORIZONTAL
MARCA	Haier
MODELO	HTBC-260
SERIE	9E069 2E410 00 EL2 S0033
AÑO	2025
REQUIERE CALIBRACION	SÍ / NO / No requiere

INTERVENCIONES REALIZADAS TRIMESTRALMENTE "CHECK LIST"

ACTIVIDAD MANTENIMIENTO REALIZADO POR PERIODO	1 TRIMESTRE		2 TRIMESTRE		3 TRIMESTRE		4 TRIMESTRE	
	Fecha: N/A		Fecha:		Fecha: N/A		Fecha:	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se realiza verificación del Condensador		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del Evaporador		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del termostato		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del compresor		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del empaque de la puerta		N/A	√			N/A		
Se realiza inspección de la pintura exterior		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la base fija		N/A	√			N/A		
Se realiza inspección del cableado eléctrico		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de protectores térmicos del motor		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del cable de poder		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación que la clavija cuente con tres pines: Fase, Neutro, y Polo a tierra		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del ventilador		N/A	√			N/A		
Se realiza limpieza interior y exterior		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la válvula de expansión		N/A	√			N/A		
Se realiza inspección de compartimientos interiores donde se colocan los ICE PACK		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del termostato y controlador electrónico		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del display		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la sondas y termocuplas		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la batería (si es necesario el cambio y reemplazo)		N/A	√			N/A		
Se realiza cambio del agua de los ICE PACK		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de los icopores internos.		N/A	√			N/A		
Se realizan pruebas de operación y funcionamiento.		N/A	√			N/A		

METROCAL
METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

REPORTE DE SERVICIO **No. 2328**

Institución y/o Cliente: Hospital Regional
Ubicación: Ecaire
Dirección: Calle 17 # 7A-48
Placa o inventario: No registra
Modelo: Incubadora neonatal
Ciudad: Duitama
Marca: Medicaga
Equipo: 10430
Serie: No tiene

Mantenimiento Preventivo	X	Correctivo		Diagnostico		Garantía		A Facturar	X
Modalidad Contrato Nº	CAO-019-23			Solicitud Normal		Predictivo		Emergencia	
Progresivo		Otros		Próximo mantenimiento		Periódico		Continuo	

INFORMACION TECNICA. (Indique aquí los valores por equipo cuando aplique indicando el valor correspondiente al momento de la intervención)

Voltaje	115	*V*	*Frecuencia*	60	*Hz*
Potencia		*W*	*Amperaje*		*A*
Temperatura		*T*	*Presión del aire*		*hPa*
Humedad relativa		*%*	*Otra*		

TIPO DE TECNOLOGIA (marque con una "X" la casilla correspondiente al tipo de tecnología que aplica)

Eléctrica	X	*Electrónica*	
Mecánica	X	*Hidráulica*	
Aire		*Agua*	
Calor		*Humedad*	

Actividades realizadas: (Marque con una "X" la casilla correspondiente).

Verificación del cable de poder	✓	*verificación de la clavija*	✓	
Verificación de la carcasa	✓	*verificación de la tarjeta electrónica*	✓	
Verificación del interruptor ON/OFF	✓	*Verificación de la pantalla LCD*		
Verificación del display		*Verificación de botones del menú principal*		
Verificación de puertos		*Verificación de conexiones eléctricas*	✓	
Verificación del compartimiento de la batería		*Verificación de la tapa de la batería*		
Verificación de los resortes del compartimiento de la batería		*Verificación de la batería*		
Verificación de cable de datos "bus"		*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	✓	

Nit: 900902346-9 régimen común

Falla reportada: Ninguna

Estado del equipo en que se entrega físicamente: *Equipo se deja operando correctamente*

SI	*NO*
X	

INFORME: Realizamos el mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: Ninguna

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Mano de obra

OBSERVACIONES Ninguna

Fecha de Entrega: 06/06/25 **Total horas de servicio:** 2 horas

Firma Quien recibe satisfacción **Firma Supervisor contrato:**

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado: JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

Firma:

Sello: REGISTRO INVIMA RM201008-472 INSCRITO EN LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

Garantía: Seis (6) meses por mano de obra por concepto de servicios prestados, garantía sujeta a tipo de contrato entre Metrocal Metrología Biomédica S.A.S y el cliente, en productos doce (12) meses garantía sujeta a equipo suministrado.

METROCAL
METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S

PISDB®

Nit: 900

CLIENTE	Kirafa Cundinamarca
EQUIPO	REFRIGERADOR HORIZONTAL
	Congelador vertical
MARCA	Challenger
MODELO	CV430
SERIE	no tiene
AÑO	2025
REQUIERE CALIBRACION	SÍ / NO / No requiere

INTERVENCIONES REALIZADAS TRIMESTRALMENTE "CHECK LIST"

ACTIVIDAD MANTENIMIENTO REALIZADO POR PERIODO	1 TRIMESTRE		2 TRIMESTRE		3 TRIMESTRE		4 TRIMESTRE	
	Fecha: N/A		Fecha:		Fecha: N/A		Fecha:	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se realiza verificación del Condensador		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del Evaporador		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del termostato		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del compresor		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del empaque de la puerta		N/A	√			N/A		
Se realiza inspección de la pintura exterior		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la base fija		N/A	√			N/A		
Se realiza inspección del cableado eléctrico		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de protectores térmicos del motor		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del cable de poder		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación que la clavija cuente con tres pines: Fase, Neutro, y Polo a tierra		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del ventilador		N/A	√			N/A		
Se realiza limpieza interior y exterior		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la válvula de expansión		N/A	√			N/A		
Se realiza inspección de compartimientos interiores donde se colocan los ICE PACK		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del termostato y controlador electrónico		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación del display		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la sondas y termocuplas		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de la batería (si es necesario el cambio y reemplazo)		N/A	√			N/A		
Se realiza cambio del agua de los ICE PACK		N/A	√			N/A		
Se realiza verificación de los icopores internos.		N/A	√			N/A		
Se realizan pruebas de operación y funcionamiento.		N/A	√			N/A		

METROCAL
METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S

PISDB®

Nit: 900902346-9 régimen común

REPORTE DE SERVICIO **No. 2329**

Institución y/o Cliente: Alcaldia Municipal
Ubicación: CCAM TIC **Ciudad:** Chiquinquira
Dirección: Calle 17 # 7A-48 **Marca:** Mindray
Placa o inventario: WIFI **Equipo:** Estabilizador Voltaje
Modelo: EV 2000E **Serie:** WO1B0

Mantenimiento Preventivo	X	Correctivo		Diagnostico		Garantía		A Facturar	X
Modalidad Contrato Nº	CAO-019-25			Solicitud Normal		Predictivo		Emergencia	
Progresivo		Otros		Próximo mantenimiento	Cumplido	Periódico		Continuo	

INFORMACION TECNICA. (Indique aquí los valores por equipo cuando aplique indicando el valor correspondiente al momento de la intervención)

Voltaje	115	*V*	*Frecuencia*	60	*Hz*
Potencia		*W*	*Amperaje*		*A*
Temperatura	2-8°C	*T*	*Presión del aire*		*hPa*
Humedad relativa		*%*	*Otra*		

TIPO DE TECNOLOGIA (marque con una "X" la casilla correspondiente al tipo de tecnología que aplica)

Eléctrica	X	*Electrónica*	
Mecánica	X	*Hidráulica*	
Aire		*Agua*	
Calor		*Humedad*	

Actividades realizadas: (Marque con una "X" la casilla correspondiente).

Verificación del cable de poder	✓	*verificación de la clavija*	✓	
Verificación de la carcasa	✓	*verificación de la tarjeta electrónica*		
Verificación del interruptor ON/OFF		*Verificación de la pantalla LCD*	✓	
Verificación del display	✓	*Verificación de botones del menú principal*		
Verificación de puertos		*Verificación de conexiones eléctricas*	✓	
Verificación del compartimiento de la batería		*Verificación de la tapa de la batería*		
Verificación de los resortes del compartimiento de la batería		*Verificación de la batería*		
Verificación de cable de datos "bus"		*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	✓	

Nit: 900902346-9 régimen común

Falla reportada: Ninguna

Estado del equipo en que se entrega físicamente: *Equipo se deja operando correctamente*

SI	NO
X	

INFORME: Realización del mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: Ninguna

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Mano de obra

OBSERVACIONES Ninguna

Fecha de Entrega: 06/06/25 **Total horas de servicio:** 30 minutos

Firma Quien recibe satisfacción **Firma Supervisor contrato:**

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado:
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

Firma:

Sello: John Jamer Cipamocha C.
REGISTRO INVIMA RM2019040-072
INSCRITO EN LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

Garantía: Seis (6) meses por mano de obra por concepto de servicios prestados, garantía sujeta a tipo de contrato entre Metrocal Metrología Biomédica S.A.S y el cliente, en productos doce (12) meses garantía sujeta a equipo suministrado.

METROCAL METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S
PISDB®
Nit: 900902346-9 régimen común

CLIENTE	Estado Municipal Chiquinquirá
EQUIPO	ESTABILIZADOR DE VOLTAGE
MARCA	Unicol
MODELO	EV 2000E
SERIE	No Tiene
AÑO	2025
REQUIERE CALIBRACION	SÍ / NO / No requiere

INTERVENCIONES REALIZADAS TRIMESTRALMENTE

ACTIVIDAD MANTENIMIENTO REALIZADO POR PERIODO	1 TRIMESTRE		2 TRIMESTRE		3 TRIMESTRE		4 TRIMESTRE	
	Fecha: N/A		Fecha:		Fecha:		Fecha:	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Verificación de la tapa metálica		N/A	√			N/A		
Verificación de la tarjeta eléctrica		N/A	√			N/A		
Verificación de diodos, resistencias, condensadores...etc		N/A	√			N/A		
Verificación del transformador		N/A	√			N/A		
Verificación de tomacorrientes		N/A	√			N/A		
Verificación del fusible		N/A	√			N/A		
Verificación del portafusible		N/A	√			N/A		
Verificación de los varistores		N/A	√			N/A		
Verificación de los relés		N/A	√			N/A		
Verificación de los cables eléctricos internos		N/A	√			N/A		
Verificación del interruptor ON/OFF		N/A	√			N/A		
Verificación de la luz LED e luces indicadores		N/A	√			N/A		
Verificación del voltímetro		N/A	√			N/A		
Verificación de cable de poder		N/A	√			N/A		
Verificación de la clavija		N/A	√			N/A		
Verificación de circuitos integrados		N/A	√			N/A		
Verificación de diodos rectificadores		N/A	√			N/A		
Verificación de condensadores electrolíticos		N/A	√			N/A		
Verificación y pruebas finales de operación y funcionamiento		N/A	√			N/A		

METROCAL
METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

REPORTE DE SERVICIO **No. 2330**

Institución y/o Cliente: Alcaldía Municipal
Ubicación: Centro Salud
Dirección: Carrera 17 # 5a-48
Placa o inventario: 1112
Modelo: G-C
Ciudad: Chiquinquirá
Marca: Tecnimedical Gal
Equipo: Esfigmomanómetro Aneroide
Serie: No visible

Mantenimiento Preventivo	X	Correctivo		Diagnostico		Garantía		A Facturar	X
Modalidad Contrato Nº	CAO-019-8	Solicitud Normal		Predictivo		Emergencia	
Progresivo		Otros		Próximo mantenimiento	Cada 6	Periódico		Continuo	

INFORMACION TECNICA. (Indique aquí los valores por equipo cuando aplique indicando el valor correspondiente al momento de la intervención)

Voltaje	115	*V*	*Frecuencia*	60	*Hz*
Potencia		*W*	*Amperaje*		*A*
Temperatura	7-9°C	*T*	*Presión del aire*		*hPa*
Humedad relativa		*%*	*Otra*		

TIPO DE TECNOLOGIA (marque con una "X" la casilla correspondiente al tipo de tecnología que aplica)

Eléctrica	X	*Electrónica*	
Mecánica	X	*Hidráulica*	
Aire		*Agua*	
Calor		*Humedad*	

Actividades realizadas: (Marque con una "X" la casilla correspondiente).

Verificación del cable de poder	✓	*verificación de la clavija*	✓	
Verificación de la carcasa	✓	*verificación de la tarjeta electrónica*		
Verificación del interruptor ON/OFF		*Verificación de la pantalla LCD*	✓	
Verificación del display	✓	*Verificación de botones del menú principal*		
Verificación de puertos		*Verificación de conexiones eléctricas*	✓	
Verificación del compartimiento de la batería		*Verificación de la tapa de la batería*		
Verificación de los resortes del compartimiento de la batería		*Verificación de la batería*		
Verificación de cable de datos "bus"		*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	✓	

Nit: 900902346-9 régimen común

Falla reportada: Ninguna

Estado del equipo en que se entrega físicamente: *Equipo se deja operando correctamente*

SI	NO
X	

INFORME: Realizar mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: Ninguna

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Mano de obra

OBSERVACIONES Ninguna

Fecha de Entrega: 06/06/25 **Total horas de servicio:** 3 horas

Firma Quien recibe satisfacción _____ **Firma Supervisor contrato:** _____

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado: JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

Firma: John Jamer Cipamocha C

Sello: REGISTRO INVIMA RH2021008-472 INSCRITO EN LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

Garantía: Seis (6) meses por mano de obra por concepto de servicios prestados, garantía sujeta a tipo de contrato entre Metrocal Metrología Biomédica S.A.S y el cliente, en productos doce (12) meses garantía sujeta a equipo suministrado.

METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

CLIENTE	Escuela Carabineros							
EQUIPO	ESTABILIZADOR DE VOLTAGE							
MARCA	Regulador							
MODELO	GC							
SERIE	NO TIENE							
AÑO	2025							
REQUIERE CALIBRACION	SÍ		NO	No requiere				
INTERVENCIONES REALIZADAS TRIMESTRALMENTE								
ACTIVIDAD MANTENIMIENTO REALIZADO POR PERIODO	1 TRIMESTRE		2 TRIMESTRE		3 TRIMESTRE		4 TRIMESTRE	
	Fecha: N/A		Fecha:		Fecha:		Fecha:	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Verificación de la tapa metálica		N/A	√			N/A		
Verificación de la tarjeta eléctrica		N/A	√			N/A		
Verificación de diodos, resistencias, condensadores...etc		N/A	√			N/A		
Verificación del transformador		N/A	√			N/A		
Verificación de tomacorrientes		N/A	√			N/A		
Verificación del fusible		N/A	√			N/A		
Verificación del portafusible		N/A	√			N/A		
Verificación de los varistores		N/A	√			N/A		
Verificación de los relés		N/A	√			N/A		
Verificación de los cables eléctricos internos		N/A	√			N/A		
Verificación del interruptor ON/OFF		N/A	√			N/A		
Verificación de la luz LED e luces indicadores		N/A	√			N/A		
Verificación del voltímetro		N/A	√			N/A		
Verificación de cable de poder		N/A	√			N/A		
Verificación de la clavija		N/A	√			N/A		
Verificación de circuitos integrados		N/A	√			N/A		
Verificación de diodos rectificadores		N/A	√			N/A		
Verificación de condensadores electrolíticos		N/A	√			N/A		
Verificación y pruebas finales de operación y funcionamiento		N/A	√			N/A		

METROCAL
METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

REPORTE DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PLANTAS ELECTRICA **No. 2332**

Ciudad: Cucuta Fecha: 06/06/25

Cliente: Unidad Cucuta

Dirección: Calle 17 # 7A-48 Teléfono: —

Planta eléctrica: Listta perkins Tipo de motor Diésel X Gasolina ____ Otro ____

Marca Listta perkins Modelo — Serie 0600018021Pe 2427

Motor marca — Motor modelo — Serie motor —

Generador marca — Generador modelo — serie Generador —

Placa de inventario — Estado actual del equipo operativo X fuera operación ____

Calidad eléctrica: Bueno X Regular ____ Malo ____

Tipo de combustible Diésel X Gasolina ____

Capacidad del tanque de combustible — GL

Horas de operación: 398.9 Temperatura del motor (°C) — presión aceite —

KW/Kva 103 Lectura del horómetro — Área de operación B X R ___ M ___ D ___

CONTRATO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO SI X NO ____ SOLICITUD NORMAL ____

DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES REALIZADAS

Sistema de lubricación ✓	Revisión conexiones de agua ✓	Revisión voltímetro ✓	✓
Revisión de conexiones ✓	Revisión de voltaje ✓	Revisión cableado ✓	✓
Revisión de filtros ✓	Revisión de amperaje ✓	Revisión de cables de potencia ✓	✓
Revisión nivel de aceite ✓	Revisión de temperatura del motor ✓	Revisión de brakers ✓	✓
Sistema de combustible ✓	Revisión presión de aceite ✓	Revisión conductores eléctricos ✓	✓
Revisión uniones ✓	Corriente directa ✓	Revisión de contactores ✓	✓
Verificar aceleración ✓	Revisión correas alternador ✓	Con carga ✓	✓
Admisión de aire ✓	Revisión nivel acido baterías ✓	Sin carga ✓	✓
Ajuste filtro carcasa ✓	Revisión tapones y terminales ✓	Revisión relays ✓	✓
Revisión de conexiones ✓	Revisión de señales luminosas ✓	Revisión sensor T (°C) ✓	✓
Revisión de conexiones ✓	Revisión carga de batería ✓	Revisión sensor presión aceite ✓	✓
Revisión estado de correas ✓	Corriente alterna ✓	Revisión temperatura refrigerante ✓	✓
Revisión agua del radiador ✓	Revisión amperímetro ✓	Voltaje batería ✓	
Revisión refrigerante ✓	Revisión frecuencímetro ✓		
Revisión estado del radiador ✓			

METROCAL METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

MANTENIMIENTO PREVENTIVO REALIZADO

Sistema eléctrico X — Revisión y ajuste de conexión eléctrica (DC) X
Ajuste de conexiones de red AC 220 voltios (incluye conexiones de transferencia automática X
Ajuste de conexión del motor de arranque X
Suministro y cambio de aceite X — Suministro y cambio de filtro de aceite —
Suministro y cambio de líquido refrigerante X
Revisión de abrazaderas del circuito de refrigeración X
Revisión de uniones y acoples del circuito de combustible X
Verificaciones del sistema de aceleración X

ACTIVIDADES, MEDICIONES REALIZADAS Y OBSERVACIONES

Votage Fase-neutro (AC) 117
Voltaje Fase-Tierra (AC) —
Voltaje Fase-Fase (AC) —
Voltaje cargador (DC) 13.6

Voltaje Batería (DC): 13.37
Voltaje alternador (DC): —
Corriente (A): —
Cantidad de pruebas sin vacío (unidades) 1
Cantidad de pruebas con carga (unidades) —

Informe: Ninguno

Observaciones Ninguno

REPUESTOS Y ELEMENTOS

hora inicio: 2Pm am ___ pm X

Hora finalización: 05Pm am ___ pm
No. Horas 4
Fecha de realización: 06/06/25

	Cant	Referencia
Filtro del aire		
Filtro de combustible		
Filtro de aceite		
Líquido refrigerante	1	LA-223
Aceite	1	15w-40
Batería		
Otro		

Firma de recibido del servicio realizado

Firma Técnico
Nombre Técnico Jairo Cipagauta

REGISTRO INVIMA RH201003-472 INSCRITO ON LINE DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INGENIERÍA BIOMÉDICA

Cliente
Nombre quien recibe Sra Rosalba

NOMBRE DEL DOCUMENTO	LISTA DE CHEQUEO
CLIENTE	Alcaldia Corregimiento
EQUIPO	PLANTA ELECTRICA
MARCA	LISTER PETTER
MODELO	
SERIE	0800P802CPW2427
AÑO	2025
REQUIERE CALIFICACION / VALIDACION OPERACIONAL Y DE DESEMPEÑO	SÍ: NO: X

INTERVENCIONES REALIZADAS POR PERIODO

FECHA DE REALIZACIÓN Y PRESTACION DEL SERVICIO	DD	MM	AA	Seleccione en secuencia el mes que corresponde (marque con "x" el mes que corresponde)											
	06	06	25	EE	FF	MM	AA	MM	JN	JL	AG	SS	OO	NN	DD

Las actividades proyectadas en el presente documento son realizadas con base en el Manual Técnico Administrativo del PAI, Tomo 7, Capitulo 18, Cadena de frio del Ministerio de salud.

ACTIVIDADES REALIZADAS	CHECK LIST		(INDIQUE LOS VALORES DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD REALIZADA)
VERIFICACIÓN DE VOLTAGES DE ENTRADA DE LA RED ELECTRICA Y VOLTAGES DE SALIDA DEL GENERADOR	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	Voltaje IN red eléctrica _____ (VAC) Voltaje OUT generador _____(VAC)
VERIFICACIÓN DEL VOLTAJE DE LA BATERIA	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	(Indique el valor del voltaje de la bateria) _____ (DC)
VERIFICACIÓN DEL CARGADOR DE LA BATERIA	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	(Indique el valor del cargador de la bateria) _____(DC)
VERIFICACIÓN Y CAMBIO DEL REFRIGERANTE	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN Y CAMBIO DE ACEITE DIESEL	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN Y CAMBIO DEL FILTRO DE ACEITE	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN Y CAMBIO DEL FILTRO DEL AIRE	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)

Nit: 900902346-9 régimen común

VERIFICACIÓN DEL ALTERNADOR	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN DEL RADIADOR	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE LUBRICACIÓN	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN DE LA BOMBA DE COMBUSTIBLE	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DE CONEXIONES ELECTRICAS	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN E INSPECCIÓN DEL FILTRO DE COMBUSTIBLE	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DEL NIVEL DE ACEITE	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE COMBUSTIBLE	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REAPRIETE DE TORNILLOS, TUERCAS Y UNIONES	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE ACELERACIÓN	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN DE LAS RPM DEL MOTOR	SS (SÍ)	NN (NO)	(Indique las RPM del motor, para esto se debe ingresar al panel y controlador electrónico) _____(rpm)
VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE ADMISIÓN DE AIRE	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN Y REVISIÓN (AJUSTE SI ES NECESARIO DE CONEXIONES ELECTRICAS)	SS (SÍ)	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)

METROCAL
METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S

PISDB®

Nit: 900902346-9 régimen común

VERIFICACIÓN, INSPECCIÓN DE CORREAS ALTERNADOR (SI APLICA)	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DEL AGUA, REFRIGERANTE Y ESTADO DEL REFRIGERANTE DEL RADIADOR	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFIACIÓN Y REVISIÓN DEL SENSOR DE TEMPERATURA DEL AGUA O REFRIGERANTE	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN, MEDICIÓN DE AMPERAJE DEL GENERADOR CON CARGA	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	(Indique el valor de amperaje del generador) _____(A)
VERIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LA TEMPERATURA DEL MOTOR	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	(Indique el valor correspondiente a la temperatura del motor, para esto se debe ingresar al módulo electrónico o panel frontal) _____(°C)
Verificación, inspección y revisión de la presión de aceite	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	(Indique el valor correspondiente a la presión del aceite, para esto se debe ingresar al módulo electrónico o panel frontal) _____(Pa)
REVISIÓN DEL NIVEL DE ACIDO DE LA BATERIA	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DE TAPONES Y TERMINALES	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DE LUCES DEL TABLERO ELECTRICO	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DEL FRECUENCIMETRO	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	(Indique el valor correspondiente a la frecuencia una vez el generador esté funcionando) _____(HZ)
REVISIÓN DEL CABLEADO	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DE CABLES DE POTENCIA	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DE BRAKERS	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DE CONDUCTORES ELECTRICOS	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)

METROCAL
METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S

PISDB®

Nit: 900902346-9 régimen común

REVISIÓN DE CONTACTORES ELECTRICOS	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
PRUEBAS DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO CON Y SIN CARGA	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DE RELAYS	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DEL SISTEMA ELECTRICO	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
AJUSTE DE CONEXIONES ELECTRICAS DE RED AC 220 (INCLUYE CONEXIONES DE TRANSFERENCIA AUTOMATICA)	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
AJUSTE DE CONEXIÓN DEL MOTOR DE ARRANQUE	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
SUMINISTRO Y CAMBIO DE ACEITE	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	(Indique la cantidad y el tipo de aceite utilizado) _____Un (1) galón _____Un (1/4) aceite _____Un (1/4) aceite _____Referencia aceite utilizado
SUMINISTRO Y CAMBIO DE LIQUIDO REFRIGERANTE	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	(Indique la cantidad y el tipo de aceite utilizado) _____Un (1) galón _____Un (1/4) Liquido _____Un (1/4) Liquido _____Referencia Liquido utilizado
REVISIÓN DE ABRAZADERAS DEL CIRCUITO DE REFRIGERACIÓN	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
REVISIÓN DE UNIONES Y ACOPLES DEL CIRCUITO DE COMBUSTIBLE	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE ACELERACIÓN	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
SUMINISTRO Y CAMBIO DE FILTRO DE ACEITE	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	(Indique la referencia del filtro de aceite utilizado) _____Ref. filtro de aceite utilizado
MEDICIÓN REALIZADA DE VOLTAGE FASE-NEUTRO (AC)	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	_____(VAC)
MEDICIÓN REALIZADA DE VOLTAGE FASE-TIERRA (AC)	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	_____(VAC)
MEDICIÓN REALIZADA DE VOLTAGE FASE-FASE (AC)	SS (SÍ)	NN (NO)	

METROGAL
METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S

PISDB®

Nit: 900902346-9 régimen común

	✓		
CANTIDAD DE PRUEBAS SIN VACÍO (UNIDADES)	SS (SÍ)	NN (NO)	_____(Unidades)
	✓		
CANTIDAD DE PRUEBAS CON CARGA (UNIDADES)	SS (SÍ)	NN (NO)	_____(Unidades)
	✓		

Fecha de entrega del servicio
DD: 06 MM: 06 AA: 23
Hora: 4:15 AM___ PM_X_
Tiempo total del servicio: 4 (horas)

TECNICO QUIEN ENTREGA EL SERVICIO

John Jamer Cipamocha C.

REGISTRO INVIMA EN2010004472
INSCRITO EN LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA
MIEMBRO DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE INGENIERIA BIOMÉDICA
JOHN JAMER CIPAMOCHA C.

QUIEN RECIBE A SATISFACCION EL SERVICIO

Sara Rogalado.

NOMBRE Y SELLO