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-25-S370-1**	**Razón social:**	**LAB BRANDS S.A.S**
Fecha :	**2025-07-30**	**Dirección:**	**Km 7.5 Autopista Bogotá-Medellin Parque Industrial Bruselas, Bodega No. 1**
No de OS del cliente:	**NA**	**Contacto:**	**Martha Valderrama**
No de PE de INGOBAR:	**PE-IM-2025-743 -1 LAB BRANDS SAS**	**Correo electrónico:**	**Felectronica@labbrands.com / 3112584344**

2. Datos sobre el servicio

Dirección y ciudad del servicio:	Avenida calle 26 No. 51-20
Nombre del cliente para el certificado:	Instituto Nacional de salud
Persona de contacto:	Angela Cortes - Gloria Malaver
Correo electrónico / teléfono:	martha.valderrama@labbrads.com / (601) 2207700 Ext 1273 - 313 3066579

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	C	Refrigerador / Congelador	Haier Biomedical	HYCD-282A	BE0F1 6EAR0 0QEQ6 40002	42570	Reactivos diagnóstico In Vitro - Corredor	5 °C	IM-ISO-25-0245	Si
2	C	Refrigerador / Congelador	Haier Biomedical	HYCD-282A	BE0F1 6EAR0 0QEQ6 40002	42570	Reactivos diagnóstico In Vitro - Corredor	-16 °C	IM-ISO-25-0247	Si
3	IQ	Refrigerador / Congelador	Haier Biomedical	HYCD-282A	BE0F1 6EAR0 0QEQ6 40002	42570	Reactivos diagnóstico In Vitro - Corredor	No aplica	IM-MED-25-0158	Si
4	OQ	Refrigerador / Congelador	Haier Biomedical	HYCD-282A	BE0F1 6EAR0 0QEQ6 40002	42570	Reactivos diagnóstico In Vitro - Corredor	-16 °C ± 5 °C	IM-MED-25-0159	Si

Durante la ejecución del servicio, se presentaron desviaciones a los métodos para las actividades del laboratorio que permitan cumplir los requerimientos del cliente? SI __X___, NO_____
Si su respuesta es afirmativa; por favor indique cuál?:

No se mide efecto de carga a solicitud del cliente

3. Cambios a la oferta durante la prestación del servicio

Ninguna

4. Observaciones durante la prestación del servicio

Ninguna

Firma personal INGOBAR Metrología S.A.S.

Firma:

Nombre: Migue Angel Hernandez Ardila

Cargo: Líder de calificaciones

Fecha: 2025-07-30

Firma autorizada Representante del cliente:

Firma:

Nombre:

Cargo:

Fecha:

Evaluación del servicio

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