INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 002 PERÍODO: 13/06/2025 AL 14/11/2025	
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 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, especificando información técnica, tipo de tecnología, actividades realizadas, recomendaciones y observaciones para cada equipo, "Check list" con actividades propias de cada equipo.	REPORTE DE SERVICIO 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2467, 2468 Y LISTA 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 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456	REPORTE DE SERVICIO 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2467, 2468 Y LISTA 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 fabricante, lista de chequeo con actividades propias de cada equipo cumpliendo 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. REPORTES DE SERVICIO, LISTA DE CHEQUEO, INFORME CON REGISTRO FOTOGRAFICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO
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 con factura electrónica cumpliendo las especificaciones técnicas de cada equipo	ANEXO. REPORTES DE SERVICIO, LISTA DE CHEQUEO, INFORME CON REGISTRO FOTOGRAFICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO
10. Ofrecer garantía mínima de dos (2) meses sobre el funcionamiento adecuado de los refrigeradores	De acuerdo al cumplimiento de las especificaciones técnicas de cada equipo se brinda garantía tanto de los repuestos utilizados que fueron comprados dando	ANEXO. REPORTES DE SERVICIO, LISTA DE CHEQUEO, INFORME CON REGISTRO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
reparados, incluyendo garantía sobre los repuestos cambiados por defectos de calidad.	cumplimiento a la regulación tributaria vigente así como en mano de obra	FOTOGRAFICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO
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. REPORTES DE SERVICIO, LISTA DE CHEQUEO, INFORME CON REGISTRO FOTOGRAFICO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO
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 ESPECIALIZADO .
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

FIRMAS	
	CONTRATISTA

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

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.	**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	
Proceso:			Procedimiento:		
Dimensión:			Política:		

Chivatá Boyacá, 01 de noviembre de 2025

Señores
Supervisión
Dirección Local de Salud
Municipio De Chiquinquira
Ciudad.

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

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

Cordial saludo.

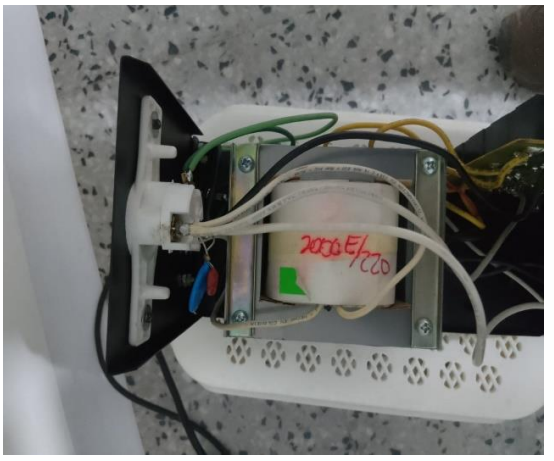
A continuación relacionamos las actividades realizadas para los equipos objeto del contrato así:

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

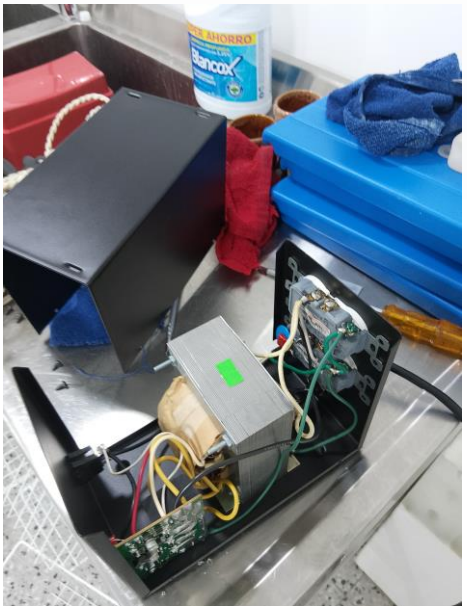
DURANTE EL MANTENIMIENTO

ESTABILIZADOR DE VOLTAGE MAGOM EV 2000E





ESTABILIZADOR DE VOLTAGE MAGOM EV 1500E





ESTABILIZADOR DE VOLTAGE TECNITRONIC G.C





REFRIGERADOR HORIZONTAL MARCA DENTARMK VESTFROST MODELO MK304 SERIE 20081412845


















REFRIGERADOR HORIZONTAL HAIER MODELO HBC-260 SERIE BE069SEA5000EM860032




REFRIGERADOR HORIZONTAL HAIER MODELO HBC-260 SERIE BE0692EA5000EL250033



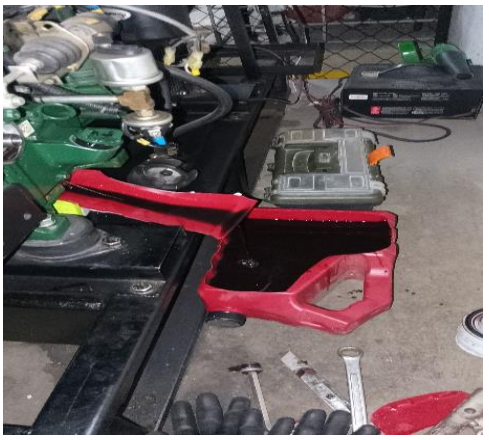

CONGELADOR VERTICAL CHALLENGER MODELO CV430








PLANTA ELECTRICA LISTTER PETTER DIESEL SERIE 08001802LPW2A27



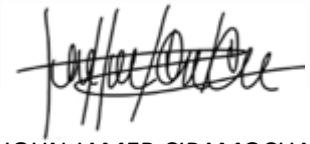




OBSERVACIONES

- En las anteriores visitas de mantenimiento desde que METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS se encuentra en la ALCALDIA DE CHIQUINQUIRA aproximadamente 4 años se ha evidenciado que el refrigerador horizontal marca Vestfrost modelo Mk304 se viene realizando el cambio de pintura interna, presentando oxido, se evidencia que en los ICEPACK el agua desmineralizada está perdiendo el color debido a la cantidad de tiempo que el equipo se encuentra operando normalmente, se estima alrededor de 15 años continuos (ver reportes de servicio 2468).
- El estado de los icopores internos del refrigerador Vestfrost Mk 304 como se puede evidenciar en el presente informe y en los anterior informes de mantenimiento se puede notar que los icopores se encuentran para cambio, a pesar que en cada visita de mantenimiento el interior del refrigerador se pinta, el estado de la lámina interna ya se encuentra deteriorada y presenta corrosión por lo que se recomienda que el equipo se dé de baja y adquirir uno nuevo (ver reportes de servicio 2468).
- El tiempo de vida útil institucional del refrigerador Vestfrost Mk304 es de 15 años continuos, el refrigerador alcanzo el tiempo máximo de uso en la institución y debe ser dado de baja y reemplazado por una de las misma especificaciones técnicas o mejores. (ver reportes de servicio 2468).
- El congelador Challenger modelo CV430, se ha venido realizando acciones correctivas de acuerdo al contrato CAO-019 DE 2025 evidenciando fallas de congelamiento, así como daño en el termostato, cambio de empaque de la puerta y ahora falla en el compartimiento interno de las bandejas 4 y 5 que no congelan correctamente los ICEPACK. (ver reportes de servicio 2467).
- Desde METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS pensamos que el costo de la reparación del congelador supera el valor de adquisición del equipo nuevo, porque en el caso que el Municipio de Chiquinquira decida reparar el congelador se requieren los siguientes elementos:
    i. Carga del gas refrigerante R600A/ R134A
    ii. Cambio del empaque de la puerta
    iii. Cambio del filtro de secado
    iv. Reparación interna de la tubería y corrección de la fuga de gas refrigerante.
    v. Cambio de una rueda de la base metálica
    vi. Por lo tanto se recomienda dar de baja el congelador y adquirir uno nuevo (ver reportes de servicio con fecha de 30 de octubre de 2025 adjuntos) o reparar el mismo para que el congelador quede funcionando correctamente, actividades que nos encuentran contempladas en el presente contrato CAO-019 DE 2025. (ver reportes de servicio 2467).

Atentamente,



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

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

NOMBRE DEL DOCUMENTO	LISTA DE CHEQUEO
CLIENTE	ALCALDIA DE CHIQUINQUIRA
EQUIPO	PLANTA ELECTRICA
MARCA	LISTTER PETTER
MODELO	NO REGISTRA
SERIE	NO REGISTRA
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	EE	FF	MM	AA	MM	JN	JL	AG	SS	OO	NN	DD
	30	10	25										X		

Seleccione en secuencia el mes que corresponde (marque con "x" el mes que corresponde)

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 SS (SÍ)	CHECK LIST NN (NO)	(INDIQUE LOS VALORES DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD REALIZADA)
VERIFICACIÓN DE VOLTAGES DE ENTRADA DE LA RED ELECTRICA Y VOLTAGES DE SALIDA DEL GENERADOR	✓		Voltaje IN red eléctrica 123 (VAC) Voltaje OUT generador 123.5 (VAC)
VERIFICACIÓN DEL VOLTAJE DE LA BATERIA	✓		(Indique el valor del voltaje de la batería) 13.7 (DC)
VERIFICACIÓN DEL CARGADOR DE LA BATERIA	✓		(Indique el valor del cargador de la batería) 13.8 (DC)
VERIFICACIÓN Y CAMBIO DEL REFRIGERANTE	✓		OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela) no se realizo cambio de refrigerante
VERIFICACIÓN Y CAMBIO DE ACEITE DIESEL	✓		OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
VERIFICACIÓN Y CAMBIO DEL FILTRO DE ACEITE	✓		OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)

Mana dulce Vereda Ricaya Norte 41043 – Chivatá – Boyacá
Cel: 3133360828
info@metrologiabiomedica.com.co

METROCAL
METROLOGÍA BIOMEDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

VERIFICACIÓN Y CAMBIO DEL FILTRO DEL AIRE	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	OBSERVACION: (Si tiene alguna observación por favor indíquela)
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) 1850 (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)

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) 60 (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 BIOMEDICA 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)	123 (VAC)

METROCAL
METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S

PISDB®

Nit: 900902346-9 régimen común

MEDICIÓN REALIZADA DE VOLTAGE FASE-TIERRA (AC)	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	____(VAC)
MEDICIÓN REALIZADA DE VOLTAGE FASE-FASE (AC)	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	____(VAC)
CANTIDAD DE PRUEBAS SIN VACÍO (UNIDADES)	SS (SÍ) ✓	NN (NO)	1 (Unidades)
CANTIDAD DE PRUEBAS CON CARGA (UNIDADES)	SS (SÍ)	NN (NO) ✓	____(Unidades)

Fecha de entrega del servicio
DD: 30 MM: 10 AA: 21
Hora: 12 AM__ PM X
Tiempo total del servicio: 1 (horas)

TECNICO QUIEN ENTREGA EL SERVICIO

METROCAL
METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S
NIT 900902346-9
JOHN JAIRO AMOCHA CONTRERAS
JOHN JAIRO AMOCHA CONTRERAS
Registro INV MA RM-201008-472
www.metrologiabiomedica.com.co

QUIEN RECIBE A SATISFACCION EL SERVICIO

_____
NOMBRE Y SELLO

METROCAL
METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

REPORTE DE SERVICIO **No. 2468**

Institución y/o Cliente: Alcaldía Cajicá
Ubicación: No registra **Ciudad:** Cajicá
Dirección: Calle 2 # 7A-76 Cajicá **Marca:** Lestfort
Placa o inventario: No registra **Equipo:** Verificador de Humedad
Modelo: MF-304 **Serie:** No registra

Mantenimiento Preventivo		Correctivo		Diagnostico	X	Garantía	X	A Facturar	
Modalidad Contrato Nº	CAC-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	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*	X
Mecánica	X	*Hidráulica*	—
Aire	—	*Agua*	—
Calor	—	*Humedad*	—

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

Verificación del cable de poder	X	*verificación de la clavija*	X
Verificación de la carcasa		*verificación de la tarjeta electrónica*	
Verificación del interruptor ON/OFF	X	*Verificación de la pantalla LCD*	X
Verificación del display		*Verificación de botones del menú principal*	
Verificación de puertos		*Verificación de conexiones eléctricas*	X
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*	X

METROCAL
METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

Falla reportada: presenta desgaste

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

SI	NO
X	

INFORME: En la visita de mantenimiento se evidencia presencia de oxido en el chasis, tornillos flojos y suciedad por acumulación

RECOMENDACIONES: Se procede a realizar el cambio de ruedas delanteras los seguros y los topes se recomienda para cambio

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Mantenimiento

OBSERVACIONES El equipo cumplio su vida util puesto que el chasis presenta desgaste oxidación y perdida de material se recomienda cambio de equipo

Fecha de Entrega: _____ **Total horas de servicio:** No aplica

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

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado: JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS	Firma: Sello: METROCAL METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S. NIT. 900902346-9 JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS Gerente / Director Técnico Registro INVIMA RH-201008-472 www.metrologiabiomedica.com.co

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

REPORTE DE SERVICIO **No. 2467**

Institución y/o Cliente: Alcaldía de Chiquinquirá
Ubicación: No registra **Ciudad:** Chiquinquirá
Dirección: Calle 17 #7A-48 Casa 1 **Marca:** Cuidtrade
Placa o inventario: No registra **Equipo:** Cuna de Calor Radiant
Modelo: AV430 **Serie:** No registra

Mantenimiento Preventivo		Correctivo		Diagnostico	X	Garantía	X	A Facturar	
Modalidad Contrato Nº	CMC-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	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	X	*verificación de la clavija*	X
Verificación de la carcasa		*verificación de la tarjeta electrónica*	X
Verificación del interruptor ON/OFF	X	*Verificación de la pantalla LCD*	
Verificación del display		*Verificación de botones del menú principal*	
Verificación de puertos		*Verificación de conexiones eléctricas*	X
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*	X

METROCAL
METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

Falla reportada: Paciente sin cargar

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

SI	NO
X	

INFORME: En la visita de mantenimiento preventivo se realiza la revisión del equipo encontrando el paciente sin carga y para ello procedimos a cargar un poco más y a comprobar que sin quedo funcionando correctamente.

RECOMENDACIONES: Se debe cargar de vez en cuando, cambio de filtro de aire y limpieza de vez en cuando, cambio de electrodos y cuidado de golpes.

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Mantenimiento

OBSERVACIONES

El paciente se encuentra cargado y en buen estado de funcionamiento.

Fecha de Entrega: 30/10/25 **Total horas de servicio:** 1 hora

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

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado:
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

Firma:

Sello: METROCAL Metrología Biomédica S.A.S NIT. 900902346-9 JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS Gerente / Director Técnico Registro REV MA HH-201008-472 www.metrologiabiomedica.com.co

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

REPORTE DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PLANTAS ELECTRICA No. 2456

Ciudad: Chiquinquirá Fecha: 29/10/25

Cliente: Alcaldía de Chiquinquirá

Dirección: Calle 17 # 7A-48 Cam Teléfono: ___

Planta eléctrica: Listta potiva Tipo de motor Diésel ___ Gasolina ___ Otro ___

Marca ___ Modelo ___ Serie ___

Motor marca ___ Motor modelo ___ Serie motor ___

Generador marca ___ Generador modelo ___ serie Generador ___

Placa de inventario ___ Estado actual del equipo operativo ___ fuera operación ___

Calidad eléctrica: Bueno X Regular ___ Malo ___

Tipo de combustible Diésel X Gasolina ___

Capacidad del tanque de combustible ___ GL

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

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

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 X
Suministro y cambio de líquido refrigerante —
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) _____
Voltaje Fase-Tierra (AC) _____
Voltaje Fase-Fase (AC) _____
Voltaje cargador (DC) _____
Voltaje Batería (DC): _____
Voltaje alternador (DC): _____
Corriente (A): _____
Cantidad de pruebas sin vacío (unidades) _____
Cantidad de pruebas con carga (unidades) _____

Informe:
Realización del cambio de aceite y filtro de aceite, lavado y
succión de mantenimiento preventivo, correctivo

Observaciones

REPUESTOS Y ELEMENTOS

	Cant	Referencia
Filtro del aire		
Filtro de combustible		
Filtro de aceite		
Líquido refrigerante		
Aceite		
Batería		
Otro		

hora inicio: 8:00 am X pm ____
Hora finalización: 12 am X pm
No. Horas 4
Fecha de realización: 29/10/21

Firma de recibido del servicio realizado

Firma Técnico
Nombre Técnico JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS
Gerente / Director Técnico
Registro INVIMA RH-20100B-472

Cliente
Nombre quien recibe Nidia Rivera

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

REPORTE DE SERVICIO **No. 2455**

Institución y/o Cliente: Alcaldía Bucaramanga
Ubicación: UPA Ricaya
Dirección: Carrera 15 #24-48 Ricaya
Placa o inventario: No tiene placa
Modelo: EV7000
Ciudad: Bucaramanga
Marca: Bucaro
Equipo: Esfigmomanometro de columna
Serie: No tiene serie

Mantenimiento Preventivo	X	Correctivo		Diagnostico		Garantía		A Facturar	X
Modalidad Contrato Nº	CA00019/25	Solicitud Normal		Predictivo		Emergencia			
Progresivo		Otros		Próximo mantenimiento	N/A	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*	X
Mecánica	—	*Hidráulica*	—
Aire	—	*Agua*	—
Calor	—	*Humedad*	—

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

Verificación del cable de poder	X	*verificación de la clavija*	X
Verificación de la carcasa	X	*verificación de la tarjeta electrónica*	X
Verificación del interruptor ON/OFF	X	*Verificación de la pantalla LCD*	
Verificación del display	X	*Verificación de botones del menú principal*	
Verificación de puertos	X	*Verificación de conexiones eléctricas*	X
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"	X	*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	X

METROCAL
METROLOGÍA 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: Realización del mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: Ninguna.

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	mano de obra

OBSERVACIONES Ninguna.

Fecha de Entrega: 29-10-25

Total horas de servicio: _____

Firma Quien recibe satisfacción

Firma Supervisor contrato: _____

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado: JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS	Firma:
	Sello: METROCAL METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S. NIT. 900902346-9 JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS Gerente / Director Técnico Registro INVIMA RH-201008-472 www.metrologiabiomedica.com.co

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

REPORTE DE SERVICIO **No. 2454**

Institución y/o Cliente: Alcaldía Socorro Guanentá
Ubicación: No registra **Ciudad:** Curiti Guanentá
Dirección: Calle 7 # 7A-42 Casa **Marca:** No registra
Placa o inventario: No registra **Equipo:** Estabilizador de voltaje
Modelo: No registra **Serie:** No registra

Mantenimiento Preventivo	Y	Correctivo		Diagnostico		Garantía		A Facturar	X
Modalidad Contrato Nº	200-019/25			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	—	*V*	*Frecuencia*	—	*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*	X
Mecánica	/	*Hidráulica*	/
Aire	/	*Agua*	/
Calor	/	*Humedad*	/

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

Verificación del cable de poder	X	*verificación de la clavija*	X
Verificación de la carcasa	X	*verificación de la tarjeta electrónica*	X
Verificación del interruptor ON/OFF	X	*Verificación de la pantalla LCD*	
Verificación del display	X	*Verificación de botones del menú principal*	
Verificación de puertos	X	*Verificación de conexiones eléctricas*	X
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"	X	*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	X

METROCAL
METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

Falla reportada: Limpieza

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

SI	NO
X	

INFORME: Realizacion de mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: Limpieza

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Cuarto de obra

OBSERVACIONES Limpieza.

Fecha de Entrega: 24-10-25

Total horas de servicio: _____

Firma Quien recibe satisfacción

Firma Supervisor contrato: _____

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado:
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

Firma:

Sello:
METROCAL
METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S.
NIT.: 900902346-9
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS
Gerente / Director Técnico
Registro INV SIA RM-201008-472
www.metrologiabiomedica.com.co

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

REPORTE DE SERVICIO **No. 2453**

Institución y/o Cliente: Alcaldía Socorro Santander
Ubicación: No registra
Dirección: Calle 7 # 7A-40 Cam
Placa o inventario: No registra
Modelo: EVISO
Ciudad: Socorro Santander
Marca: Mindray
Equipo: Desfibrilador bifasico
Serie: No registra

Mantenimiento Preventivo	X	Correctivo		Diagnostico		Garantía		A Facturar	X
Modalidad Contrato Nº	CO-049/25			Solicitud Normal		Predictivo		Emergencia	
Progresivo		Otros		Próximo mantenimiento	N/A	Periódico		Continuo	

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

Voltaje	—	*V*	*Frecuencia*	—	*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*	X
Mecánica	—	*Hidráulica*	—
Aire	—	*Agua*	—
Calor	—	*Humedad*	—

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

Verificación del cable de poder	X	*verificación de la clavija*	X
Verificación de la carcasa	X	*verificación de la tarjeta electrónica*	X
Verificación del interruptor ON/OFF	X	*Verificación de la pantalla LCD*	
Verificación del display	X	*Verificación de botones del menú principal*	
Verificación de puertos	X	*Verificación de conexiones eléctricas*	X
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"	X	*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	X

METROCAL
METROLOGÍA 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 de mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: Ninguna!

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	mano de obra

OBSERVACIONES Ninguna!

Fecha de Entrega: 29-10-25

Total horas de servicio: _____

Firma Quien recibe satisfacción

Firma Supervisor contrato: _____

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado: JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS	Firma:
	Sello: METROCAL Metrología Biomédica S.A.S. NIT. 900902346-9 JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS Gerente / Director Tecnico Registro INVIMA RH-201008-472 www.metrocal-giabiomedica.com.co

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

REPORTE DE SERVICIO **No. 2452**

Institución y/o Cliente: Alcaldia de Curacuagua
Ubicación: No registra **Ciudad:** Curacuagua
Dirección: Calle 7 # 7A-48 Cau **Marca:** Costfost
Placa o inventario: No registra **Equipo:** Refrigerador Horizontal
Modelo: WF304 **Serie:** 200814128 45

Mantenimiento Preventivo	X	Correctivo		Diagnostico		Garantía		A Facturar	X
Modalidad Contrato Nº	C90-019/25			Solicitud Normal		Predictivo		Emergencia	
Progresivo		Otros		Próximo mantenimiento	W/G	Periódico		Continuo	

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

Voltaje	—	*V*	*Frecuencia*	—	*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*	X
Mecánica	X	*Hidráulica*	—
Aire	—	*Agua*	—
Calor	—	*Humedad*	—

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

Verificación del cable de poder	X	*verificación de la clavija*	X
Verificación de la carcasa		*verificación de la tarjeta electrónica*	X
Verificación del interruptor ON/OFF	X	*Verificación de la pantalla LCD*	
Verificación del display	X	*Verificación de botones del menú principal*	
Verificación de puertos		*Verificación de conexiones eléctricas*	X
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"	X	*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	X

METROCAL
METROLOGÍA 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: Desarrollo de mantenimiento preventivo.

RECOMENDACIONES: Ninguna.

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Mano de obra

OBSERVACIONES Ninguna.

Fecha de Entrega: 29-10-25

Total horas de servicio: _____

Firma Quien recibe satisfacción

Firma Supervisor contrato: _____

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado: JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS	Firma: Sello: METROCAL Metrología Biomédica S.A.S. NIT. 900902346-9 JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS Gerente / Director Técnico Registro INVIMA MH-201008-472 www.metrologiabiomedica.com.co

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

REPORTE DE SERVICIO **No. 2451**

Institución y/o Cliente: Alcaldía de Curacuagüira
Ubicación: UPS Refrigeración
Dirección: Calle 7 # 7A-48 Cacau
Placa o inventario: UPS Refrigeración
Modelo: HBC 260
Ciudad: Curacuagüira
Marca: Haier
Equipo: Refrigerador Horizontal
Serie: UPS Refrigeración

Mantenimiento Preventivo	X	Correctivo		Diagnostico		Garantía		A Facturar	X
Modalidad Contrato Nº	90-019125	Solicitud Normal		Predictivo		Emergencia			
Progresivo		Otros		Próximo mantenimiento	N/A	Periódico		Continuo	

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

Voltaje	—	*V*	*Frecuencia*	—	*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*	X
Mecánica	—	*Hidráulica*	—
Aire	—	*Agua*	—
Calor	—	*Humedad*	—

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

Verificación del cable de poder	X	*verificación de la clavija*	X
Verificación de la carcasa		*verificación de la tarjeta electrónica*	X
Verificación del interruptor ON/OFF	X	*Verificación de la pantalla LCD*	
Verificación del display	X	*Verificación de botones del menú principal*	
Verificación de puertos		*Verificación de conexiones eléctricas*	X
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"	X	*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	X

METROCAL
METROLOGÍA 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: Realizamos mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: Ninguna

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	mano de obra

OBSERVACIONES Ninguna

Fecha de Entrega: 29-10-25

Total horas de servicio: _____

Firma Quien recibe satisfacción

Firma Supervisor contrato: _____

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado:
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

Firma:

Sello: METROCAL
METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S.
NIT. 900902346-9
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS
Gerente / Director Técnico
Registro INVIMA RH-201008-472
www.metrologiabiomedica.com.co

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

REPORTE DE SERVICIO **No. 2450**

Institución y/o Cliente: Alcaldía Bucaramanga
Ubicación: UO Ciudadela
Dirección: Calle 34 #A-160 Cam
Placa o inventario: UO Ciudadela
Modelo: HBC760
Ciudad: Bucaramanga
Marca: Welch
Equipo: Detector Monitor
Serie: UO Ciudadela

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

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

Voltaje	—	*V*	*Frecuencia*	—	*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*	X
Mecánica	X	*Hidráulica*	—
Aire	—	*Agua*	—
Calor	—	*Humedad*	—

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

Verificación del cable de poder	X	*verificación de la clavija*	X
Verificación de la carcasa		*verificación de la tarjeta electrónica*	X
Verificación del interruptor ON/OFF	X	*Verificación de la pantalla LCD*	
Verificación del display	X	*Verificación de botones del menú principal*	
Verificación de puertos		*Verificación de conexiones eléctricas*	X
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"	X	*Verificación de luces e indicadores Led testigos*	X

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 de mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: Ninguna

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Cuna de cria

OBSERVACIONES Ninguna

Fecha de Entrega: 29-10-25

Total horas de servicio: _____

Firma Quien recibe satisfacción

Firma Supervisor contrato: _____

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado:
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

Firma:

METROCAL Metrología Biomédica S.A.S.
NIT. 900902346-9
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS
Gerente / Director Técnico
Registro INVIMA RH-201008-472
www.metrologiabiomedica.com.co

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

REPORTE DE SERVICIO **No. 2449**

Institución y/o Cliente: Hospital de Guayupia
Ubicación: UCI Cirugia
Dirección: Calle 17 # 7A-48 Cacu
Placa o inventario: No reporta
Modelo: CU430
Ciudad: Guayupia
Marca: Covidien
Equipo: Cuchillo Vertical
Serie: No reporta

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

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

Voltaje	—	*V*	*Frecuencia*	—	*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*	X
Mecánica	X	*Hidráulica*	—
Aire	—	*Agua*	—
Calor	—	*Humedad*	—

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

Verificación del cable de poder	X	*verificación de la clavija*	X
Verificación de la carcasa		*verificación de la tarjeta electrónica*	X
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*	X
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*	X

METROCAL
METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S

PISDB

Nit: 900902346-9 régimen común

Falla reportada: Limpieza

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

SI	NO
X	

INFORME: Limpieza de mantenimiento preventivo

RECOMENDACIONES: Cambio de gas refrigerante Cambio de filtro de secado y la inyección de gas refrigerante Reparación de fuga

Detalle del servicio prestado.

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION
1	1	Mano de obra

OBSERVACIONES El costo de la reparación supera el costo de adquisición del equipo Seleccionado, el cliente decide dar de baja el equipo

Fecha de Entrega: 29-10-25

Total horas de servicio: _____

Firma Quien recibe satisfacción

Firma Supervisor contrato:

Nombre y firma de Quien Entrega el servicio:

Personal Técnico Especializado:
JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS

Firma:

Sello: METROCAL METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.S. NIT. 900902346-9 JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS Gerente / Director Técnico Registro INVIMA RH-201008-472 www.metrologiabiomedica.com.co

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.