| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS | FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024 |
| | MANUAL: CONTRATACIÓN | VERSIÓN: 10 |
| | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | |
| | SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI | PÁGINA 1 DE 2 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 27/11/2025 | **INFORME DE SUPERVISOR** | | **TRÁMITE PARA PAGO** | X | **MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | noviembre 2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. de Contrato:** | 081-2025 | **VALOR** | $50.000.000 |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | CD-019-2025-HOMIL | | |
| **Objeto** | MANTENIMIENTO PREVENTIVO, LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS Y SUMINISTRO DE PARTES, ACCESORIO Y/O REPUESTOS ORIGINALES NUEVOS NO RE MANUFACTURADOS, PARA LOS EQUIPOS DE MARCA STERIS ( DE CIRUGÍA DE ORTOPEDIA) DEL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | |
| **Nombre de Contratista** | SURGIPLAST LTDA | **NIT/ CC** | 830005771 |
| **Clase de Contrato** | Prestación de servicios | **Modalidad de Contratación** | Contratación directa |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | 4852011217 | **Banco:** | SCOTIABANK COLPATRIA | **Tipo de Cuenta:** | Ahorros | X | Corriente | |

| | | |
|---|---|---|
| **Garantía Cumplimiento: 2070238** | **Aseguradora: JMALUCELLI TRAVELERS SA** | **Fecha de aprobación de la Garantía: 16/5/2025** |

| VIGENCIA | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL | | | | | | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACÉN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA | DINÁMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | | | | | |
| VIGENCIA AÑO 2025 | 145625 | 4/03/2025 | 1986 | 8/05/2025 | 197425 | 8/05/2025 | FEV29760 | 25/11/2025 | N/A | ACTIVOS FIJOS | $6.789.472 |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$6.789.472** |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS.**

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICIÓN (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO 2025 | $50.000.000 | $0 | $0 | $22.985.694 | $27.014.306 |
| **TOTAL CONTRATO** | **$50.000.000** | **$0** | **$0** | **$22.985.694** | **$27.014.306** |

**Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA** — **Fecha de notificación: 22-10-2025**

| | | |
|---|---|---|
| **Plazo de ejecución** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACIÓN** |
| | **16/5/2025** | **30/11/2025** |
| **Vigencia del Contrato:** | La vigencia será igual al plazo de ejecución y seis (06) meses más. | |
| **Prórrogas:** | **En tiempo** | |
| | **1-** | |
| | **2-** | |
| | **3-** | |

**NOTA 1:** El contratista adjunta planilla de pago de parafiscales EPS noviembre y pensión octubre de 2025 N° 9494971401 y certificado firmado por el revisor fiscal de fecha 20 de noviembre de 2025 en donde manifiesta que la empresa se encuentra al día estos conceptos.

**NOTA 2:** Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

**NOTA 3 :** Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:

| REPUESTO | EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO | MARCA | NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO | PLACA DEL EQUIPO | NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACÉN | FECHA DE INGRESO | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado/ existencias almacén) | CANTIDAD | NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN | FECHA DE INSTALACIÓN | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**NOTA 4:** En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

| DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO | SERIE | PLACA | ÁREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO | FECHA DE MANTENIMIENTO | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MESA DE CIRUGIA | 109608 | V181549 | SALA 2 PISO 2 | 2 | 12/11/2025 | N/A | N/A | NINGUNA |
| MESA DE CIRUGIA | 141923 | V181547 | SALAS 4 PISO SALA-4 | 2 | 13/11/2025 | N/A | N/A | NINGUNA |
| MESA DE CIRUGÍA ORTOPEDIA | 60826 | V175502 | SALA 1 PISO 4 | 2 | 12/11/2025 | N/A | N/A | NINGUNA |
| MESA DE CIRUGIA | 134912 | V181548 | SALAS 4 PISO SALA-1 | 2 | 13/11/2025 | N/A | N/A | NINGUNA |

**OBSERVACIONES:**

1. El mantenimiento preventivo se realiza a los equipos para mantenerlos en correcto estado de funcionamiento, no cambia condiciones de aplicaciones médicas, por lo que no incrementa valor o vida útil de los mismos.

2. La visita de mantenimiento preventivo se realizó a los equipos en el mes de noviembre de 2025, los reportes de mantenimiento se entregan por parte del contratista al biomédico de la institución encargado del servicio a fin de gestionar el archivo en la hc de vida que corresponda con las respectivas firmas.

3. La transacción del valor en el sistema Dinámica Gerencial será gestionada por el área de activos fijos.

**NOTA 5:** En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° Planilla | Fecha de pago | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
| | | | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA | FIRMA | Adriana Escobar Rentería |
|---|---|---|

| NÚMERO DE CÉDULA: | 1.130.604.494 |
|---|---|
| CELULAR : 3022913453 | CORREO: aescobar@homil.gov.co |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

| DOCUMENTOS | SI | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Factura con visto bueno oficina de contratos SIIF | X | 3 |
| Certificado de parafiscales y planilla | X | 2 |
| Certificado bancario | X | 1 |
| Copia de los reportes de mantenimiento | X | 5 |

Elaboró: Jose Nicolás Sandoval Báez
Técnico de Servicios
Área de Equipo Biomédico

surgiPLAST

CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN - SALAS DE CIRUGÍA

**SURGIPLAST LTDA.**

NIT. 830.005.771-4 - Responsable de IVA
No Somos Autorretenedores
Gran Contribuyente DIB-ICA
Resolución DDI-023769 de 2021/11/29
Se Autoriza con el Documento Oficial de Numeración de Facturación N°18764086808260
Fecha: 2025/01/07 - Vigencia: 12 Meses - Modalidad: Electronica - Autorización desde el N° FEV 25380 hasta el N° FEV 30000

SEÑOR(ES): HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT. : 830040256 0
TRANSVERSAL 3 N0 49-02
CIUDAD: Bogotá D.C. Teléfonos : 3486868

**FACTURA DE VENTA ELECTRÓNICA** Nro. FEV 29760
Fecha y hora generación: 25-11-2025 15:04:03

| FECHA FACTURA | | | CONDICIONES DE PAGO | FECHA VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | | DÍA | MES | AÑO |
| 25 | 11 | 2025 | CREDITO - 90 DIAS | 23 | 02 | 2026 |

| ORDEN DE COMPRA | N. SERVICIO | O.P. | REMISIONES | CÓDIGO VENDEDOR | TRANSPORTADOR |
|---|---|---|---|---|---|
| 081-2025 | | 86080 | FACTURA | 17 | SERVICIO TECNICO |

| CANTIDAD | REF. | ARTICULO (DESCRIPCION) | % IVA | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.00 | 1.200.036 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MESA DE CIRUGIA PARA ORTOPEDIA STERIS CMAX3 SN: 109608 PLACA: | 19 | 1,240,313.00 | 1,240,313.00 |
| 1.00 | 1.200.036 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MESA DE CIRUGIA PARA ORTOPEDIA STERIS HIMAX SN: 141923 PLACA: | 19 | 1,240,313.00 | 1,240,313.00 |
| 1.00 | 1.200.036 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MESA DE CIRUGIA PARA ORTOPEDIA STERIS HIMAX SN: 60826 PLACA: | 19 | 1,984,500.00 | 1,984,500.00 |
| 1.00 | 1.200.036 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MESA DE CIRUGIA PARA ORTOPEDIA STERIS HIMAX SN: 134912 PLACA: | 19 | 1,240,313.00 | 1,240,313.00 |
| | | CONTRATO No 081-2025 PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA No CD-019-2025-HOMIL OBJETO: MANTENIMIENTO PREVENTIVO, LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS Y SUMINISTROS DE PARTES, ACCESORIOS Y REPUESTOS NUEVOS NO RE MANUFACTURADOS, PARA LOS EQUIPOS DE MARCA STERIS (MESA DE CIRUGIA DE ORTOPEDIA) DEL SERVICIO DE SALAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. #$15-19-00;Contrato081/2025;facturacionsiif@homil.gov.co#$ | | | |

27-11-25

Adriana Gelvez 27-11-2025

Códigos Actividad Industria y Comercio:
Comercialización al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipos: 4659 - Tarifa: 11,04 x Mil
Otras actividades profesionales, científicas y técnicas N.C.P.: 74902 - Tarifa: 9,66 x Mil

LA GASA Y LOS EQUIPOS DE INFUSION PARA LIQUIDOS SON EXCLUIDOS DE IVA LEY 788 ART, 424 DE E.T.
Direccion de entrega: Tv. 3C. No 49 - 02
OMMR

**VALOR EN LETRAS:**
SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y UN PESOS

| | |
|---|---|
| VALOR NETO | 5,705,439.00 |
| DESCUENTOS | 0.00 |
| SUBTOTAL | 5,705,439.00 |
| VR NO GRAVADO | 0.00 |
| VR GRAVADO | 5,705,439.00 |
| I.V.A. | 1,084,032.00 |
| TOTAL VENTA | 6,789,471.00 |

NOTAS:
- Esta factura es un Título Valor en los términos estableblecidos en el Artículo 1° de la ley 1231 de 2008.
- Favor cancelar con Transferencia Bancolombia - Cuenta Ahorros Nro 250-170328-98 a favor de Surgiplast Ltda.

**¡¡¡REPRESENTACIÓN GRÀFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA!!!**

**CUFE:** ecdef3718f41347cbd54ae665997fa000120404dc0ead2052134fa1fdacd1553bd8b93ee5e4a31f2d9a165ae0c95d85b

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA 27 NOV 2025

Elaborado y Enviado Electronicamente por Ateb Colombia S.A.S. Nit. 900.965.992-7 a travéz del software Proasistemas S.A - Helisa
Fecha y Hora Validacion : 2025-11-25

CÓDIGO:P-V-01-R24 Fecha de actualizacion: 25-02-25/ V-3

surgiPLAST

CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN - SALAS DE CIRUGÍA

**SURGIPLAST LTDA.**

NIT. 830.005.771-4 - Responsable de IVA
No Somos Autorretenedores
Gran Contribuyente DIB-ICA
Resolución DDI-023769 de 2021/11/29
Se Autoriza con el Documento Oficial de Numeración de Facturación N°18764086808260
Fecha: 2025/01/07 - Vigencia: 12 Meses - Modalidad: Electronica - Autorización desde el N° FEV 25380 hasta el N° FEV 30000

SEÑOR(ES): HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT. : 830040256 0
TRANSVERSAL 3 N0 49-02
CIUDAD: Bogotá D.C. Teléfonos : 3486868

FACTURA DE VENTA ELECTRÓNICA Nro. FEV 29760
Fecha y hora generación: 25-11-2025 15:04:03

| FECHA FACTURA | | | CONDICIONES DE PAGO | FECHA VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | | DÍA | MES | AÑO |
| 25 | 11 | 2025 | CREDITO - 90 DIAS | 23 | 02 | 2026 |

| ORDEN DE COMPRA | N. SERVICIO | O.P. | REMISIONES | CÓDIGO VENDEDOR | TRANSPORTADOR |
|---|---|---|---|---|---|
| 081-2025 | | 86080 | FACTURA | 17 | SERVICIO TECNICO |

| CANTIDAD | REF. | ARTICULO (DESCRIPCION) | % IVA | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.00 | 1.200.036 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MESA DE CIRUGIA PARA ORTOPEDIA STERIS CMAX3 SN: 109608 PLACA: | 19 | 1,240,313.00 | 1,240,313.00 |
| 1.00 | 1.200.036 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MESA DE CIRUGIA PARA ORTOPEDIA STERIS HIMAX SN: 141923 PLACA: | 19 | 1,240,313.00 | 1,240,313.00 |
| 1.00 | 1.200.036 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MESA DE CIRUGIA PARA ORTOPEDIA STERIS HIMAX SN: 60826 PLACA: | 19 | 1,984,500.00 | 1,984,500.00 |
| 1.00 | 1.200.036 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MESA DE CIRUGIA PARA ORTOPEDIA STERIS HIMAX SN: 134912 PLACA: CONTRATO No 081-2025 PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA No CD-019-2025-HOMIL OBJETO: MANTENIMIENTO PREVENTIVO, LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS Y SUMINISTROS DE PARTES, ACCESORIOS Y REPUESTOS NUEVOS NO RE MANUFACTURADOS, PARA LOS EQUIPOS DE MARCA STERIS (MESA DE CIRUGIA DE ORTOPEDIA) DEL SERVICIO DE SALAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. #$15-19-00;Contrato081/2025;facturacionsiif@homil.gov.co#$ | 19 | 1,240,313.00 | 1,240,313.00 |

Códigos Actividad Industria y Comercio:
Comercialización al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipos: 4659 - Tarifa: 11,04 x Mil
Otras actividades profesionales, científicas y técnicas N.C.P.: 74902 - Tarifa: 9,66 x Mil

LA GASA Y LOS EQUIPOS DE INFUSION PARA LIQUIDOS SON EXCLUIDOS DE IVA LEY 788 ART, 424 DE E.T.
Direccion de entrega: Tv. 3C. No 49 - 02
OMMR

**VALOR EN LETRAS:**
SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y UN PESOS

| | |
|---|---|
| VALOR NETO | 5,705,439.00 |
| DESCUENTOS | 0.00 |
| SUBTOTAL | 5,705,439.00 |
| VR NO GRAVADO | 0.00 |
| VR GRAVADO | 5,705,439.00 |
| I.V.A. | 1,084,032.00 |
| TOTAL VENTA | 6,789,471.00 |

NOTAS:
- Esta factura es un Título Valor en los términos estableblecidos en el Artículo 1° de la ley 1231 de 2008.
- Favor cancelar con Transferencia Bancolombia - Cuenta Ahorros Nro 250-170328-98 a favor de Surgiplast Ltda.

**¡¡¡REPRESENTACIÓN GRÀFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA!!!**

**CUFE:** ecdef3718f41347cbd54ae665997fa000120404dc0ead2052134fa1fdacd1553bd8b93ee5e4a31f2d9a165ae0c95d85b

Elaborado y Enviado Electronicamente por Ateb Colombia S.A.S. Nit. 900.965.992-7 a travéz del software Proasistemas S.A - Helisa
Fecha y Hora Validacion : 2025-11-25



Carrera 72A N° 70-17 / PBX 6017447141 / Bogota, D.C. - Colombia
surgiplast@labgothaplast.com.co / www.surgiplast.com.co

**asistenteadministrativasteris@surgiplast.com.co**

**De:** Facturacion Electronica <facturacionelectronica@minhacienda.gov.co>
**Enviado el:** martes, 25 de noviembre de 2025 4:27 p. m.
**Para:** asistenteadministrativasteris
**Asunto:** Hemos Recibido el Documento enviado por usted

Hacienda SIIF Nación

Bogotá D. C., 2025-11-25

**SURGIPLAST LTDA, Reciba un cordial saludo:**

El Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF Nación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público informa que ha recibido el **FEV29760**, generada por usted.

---

**HOSPITAL MILITAR**

**Nota:** La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y está dirigida únicamente a su destinatario. Su reproducción, lectura o uso está prohibido.

surgiPLAST
CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN - SALAS DE CIRUGÍA

SURGIPLAST LTDA.
NIT. 830.005.771-4
Carrera 72-A Nº 70-17
PBX: 601 251 6284 ✆ 601 547 0058 / 601 224 8910
Bogotá, D.C. - Colombia, S.A.
surgiplast@labgothaplast.com.co
www.surgiplast.com.co

# CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES –ARTICULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el suscrito Revisor Fiscal de la sociedad **SURGIPLAST LTDA** Identificada con **Nit. 830.005.771-4**, se permite certificar que la mencionada sociedad ha realizado los pagos de seguridad social: E.P.S. AFP Y A.R.L y aportes parafiscales: SENA I.C.B.F Y CAJA DE COMPENSACIÓN correspondientes al mes de Octubre de 2025 y los últimos seis (**6**) meses anteriores.

La presente certificación se suscribe a los Veinte (20) días del mes de noviembre del año (2025) Dos mil veinticinco; a solicitud de la administración de la sociedad, con destino a los vinculados interesados en la misma.

Firma_____

**Nombre Andrea Cujaban Cardozo**
**REVISOR FISCAL T.P. 115137-T**
**Encargada de Aliados Tributarios EU**

aportes en línea

# Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 830005771 | 4 | SURGIPLAST LTDA | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CR. 72A No. 70 - 17 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2516284 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-11 | 1942333730 | 9494971401 | E | 2025/11/20 | 2025/11/20 | BANCOLOMBIA | 0 | $117,120,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 5) | | | | 56 | $56,641,600 | $0 | $0 | $56,641,600 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 4 | $2,041,700 | $0 | $0 | $2,041,700 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 19 | $28,132,200 | $0 | $0 | $28,132,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 17 | $10,043,500 | $0 | $0 | $10,043,500 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 15 | $16,104,200 | $0 | $0 | $16,104,200 |
| SKANDIA | 230901 | 800,253,055 | 2 | 1 | $320,000 | $0 | $0 | $320,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 59 | $7,505,400 | $0 | $0 | $7,505,400 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 59 | $7,505,400 | $0 | $0 | $7,505,400 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 6) | | | | 59 | $13,648,000 | $0 | $0 | $13,648,000 |
| CAJASAN | CCF39 | 890,200,106 | 1 | 2 | $259,300 | $0 | $0 | $259,300 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 49 | $10,219,000 | $0 | $0 | $10,219,000 |
| COMFAMA | CCF04 | 890,900,841 | 9 | 3 | $1,207,500 | $0 | $0 | $1,207,500 |
| COMFAMILIAR ATLANTICO | CCF07 | 890,101,994 | 9 | 2 | $734,600 | $0 | $0 | $734,600 |
| COMFAMILIAR RISARALDA | CCF44 | 891,480,000 | 1 | 1 | $580,000 | $0 | $0 | $580,000 |
| COMFANDI | CCF57 | 890,303,208 | 5 | 2 | $647,600 | $0 | $0 | $647,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 7) | | | | 59 | $29,860,500 | $0 | $0 | $29,860,500 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 2 | $314,100 | $0 | $0 | $314,100 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 14 | $4,959,100 | $0 | $0 | $4,959,100 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 9 | $9,261,100 | $0 | $0 | $9,261,100 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 4 | $353,000 | $0 | $0 | $353,000 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $479,700 | $0 | $0 | $479,700 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 8 | $800,300 | $0 | $0 | $800,300 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 21 | $13,693,200 | $0 | $0 | $13,693,200 |
| ICBF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 12 | $5,679,100 | $0 | $0 | $5,679,100 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | PAICBF | 899,999,239 | 2 | 12 | $5,679,100 | $0 | $0 | $5,679,100 |
| SENA (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 12 | $3,786,300 | $0 | $0 | $3,786,300 |
| SENA | PASENA | 899,999,034 | 1 | 12 | $3,786,300 | $0 | $0 | $3,786,300 |
| **TOTAL** | | | | **59** | **$117,120,900** | **$0** | **$0** | **$117,120,900** |



2025/11/20 10:52 AM

Scotiabank. COLPATRIA

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA

NIT 860.034.594-1

CERTIFICA QUE

La empresa **SURGIPLAST LTDA**. Con NIT **8300057714** Se encuentra vinculado en el banco a través de la **Cuenta de Ahorros** No **4852011217**, Abierta desde el 14 de junio del 2001, la cual se encuentra en estado **Activo.**

La presente certificación se expide en Bogotá a los 20 días de noviembre de 2025

Cordialmente,

Scotiabank Colpatria

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| surgiPLAST<br>CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN - SALAS DE CIRUGÍA | **ORDEN DE TRABAJO** | **CÓDIGO:** P-ST-02-R02 | |
|---|---|---|---|
| | | **VERSIÓN:** V-2 | |
| | | **FECHA DE ELABORACIÓN** | 2024-12-23 |
| | | **FECHA DE REVISIÓN** | 2024-12-23 |
| | **Orden N°: 1800747**<br>**Tipo servicio: Preventivo** | **FECHA DE APROBACIÓN** | 2024-12-23 |
| | | **ESTADO** | |

| **ELABORÓ** | SERVICIO TECNICO | **REVISÓ** | Fecha de actualización: 23-12-24 / V-2 | **APROBÓ** | DIRECTORA DE OPERACIONES |
|---|---|---|---|---|---|

**IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | MESA DE CIRUGIA | **Serie:** | 109608 |
| **Alias:** | | **Placa:** | N.T. |
| **Marca:** | STERIS | **Código:** | N.T. |
| **Cliente:** | HOSPITAL MILITAR CENTRAL , PRINCIPAL | **Modelo:** | CMAX3 - DRIVE 3082 |
| **Usuario:** | No Aplica | **Ubicación:** | HOSPITAL MILITAR CENTRAL / PRINCIPAL / SALAS DE CIRUGIA, SALA CX No. 2 |
| **Fecha solicitud:** | 2025-11-12 09:41:52 | **Causa falla:** | Preventivo |
| **Propietario:** | | **Dirección cliente:** | Bogotá, Tv. 3C No. 49 - 02 |

**DESCRIPCIÓN ORDEN DE TRABAJO**

Mantenimiento preventivo

**REPUESTOS**

Ninguno.

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

Realización de mantenimiento preventivo ejecutando el protocolo de mantenimiento para la mesa quirúrgica. Verificación de: manifold hidráulico, tanto de los frenos como el de los movimientos. Mangueras, sistema eléctrico, fuente de poder, tarjeta principal, baterías, frenos, verificación de los todos los movimientos, nivel de aceite hidráulico, lubricación de llantas, cable eléctrico. Estado de colchonetas. Limpieza y mantenimiento general del equipo. Mesa quirúrgica se entrega funcionando normalmente en el servicio.

**OBSERVACIONES**

Ninguna.

**INSTRUCTIVO**

| SEC. | ACTIVIDAD. | Respuesta |
|---|---|---|
| 1 | Hable con los operadores por fallas presentadas, estado y operación del equipo. | Si |
| 2 | Siga los procedimientos de seguridad adecuados, prepare el equipo para el mantenimiento preventivo. | Si |
| 3 | Retirar el acolchado. Examinar el exterior del acolchado y las tiras de sujeción (de los acolchados y de la mesa) | Si |
| 4 | Examinar las abrazaderas y otros materiales de las barras laterales. | Si |
| 5 | Ajustar las barras laterales. | Si |
| 6 | Soltar los recubrimientos de la mesa y la cubierta de la base y retírelos. | Si |
| 7 | Retirar y revisar los tableros de rayos X situados sobre cada sección del tablero (si se dispone de ellos) | Si |
| 8 | Comprobar el nivel de aceite hidráulico. | Si |
| 9 | Inspeccionar el suelo que está justo debajo de la mesa y todos los manguitos, accesorios y componentes del sistema hidráulico por si hay fugas de aceite. | Si |
| 10 | Verificar el funcionamiento del pedal del sistema de control de seguridad (manual) . | Si |
| 11 | Limpiar las ruedas e inspeccionarlas. | Si |
| 12 | Lubricar las ruedas. | Si |
| 13 | Comprobar que el mecanismo de topes de suelo funciona correctamente. | Si |
| 14 | Comprobar el posicionamiento de la mesa con el mando principal o el control opcional. | Si |
| 15 | Comprobar que todos los conectores y enchufes de los cables de la placa de circuitos estén bien sujetos. | Si |
| 16 | Comprobar que los cables no estén dañados ni deshilachados. | Si |
| 17 | Inspeccionar el cable eléctrico y el cable del mando. | Si |
| 18 | Comprobar el funcionamiento del sistema de control de seguridad (manual) . | Si |
| 19 | Comprobar la condición y el estado de carga de las baterías. | Si |
| 20 | Comprobar el estado del sistema Auto Limit Sensors. | Si |
| 21 | Comprobar el funcionamiento de la función Level (Nivel) . | Si |
| 22 | Comprobar el funcionamiento de la sección de espalda. | Si |
| 23 | Comprobar el funcionamiento de la sección de piernas. | Si |
| 24 | Comprobar el funcionamiento de la inclinación lateral. | Si |
| 25 | Comprobar el funcionamiento de la función Trendelenburg y Trendelenburg inversa. | Si |
| 26 | Comprobar el funcionamiento la función de elevar y bajar. | Si |
| 27 | Comprobar el funcionamiento de la sección de reposacabezas | Si |
| 28 | Comprobar la función SLIDE (Deslizar) . Inspeccionar la tensión de la cadena de deslizamiento. Comprobar el juego del bastidor y el piñón diferencial. | Si |

## INSTRUCTIVO

| SEC. | ACTIVIDAD. | Respuesta |
|---|---|---|
| 29 | Comprobar los dispositivos de bloqueo de las secciones de cabeza y piernas. | Si |
| 30 | Comprobar todos los juegos de las piernas de topes de suelo | Si |
| 31 | Examinar todas las partes lubricadas. Lubricar las que sea necesario. | Si |
| 32 | Asegurar todas las cubiertas y recubrimientos. | Si |
| 33 | Volver a colocar las colchonetas que se retiraron. Comprobar que no presenten cortes, desgarros, etc. | Si |
| 34 | Inspeccionar la zona para asegurarse de que se retiran todos los materiales que se usaron para el mantenimiento. | Si |
| 35 | ¿Se entrega equipo funcionando? | Si |

## REGISTRO FOTOGRÁFICO

**Imagen 1**

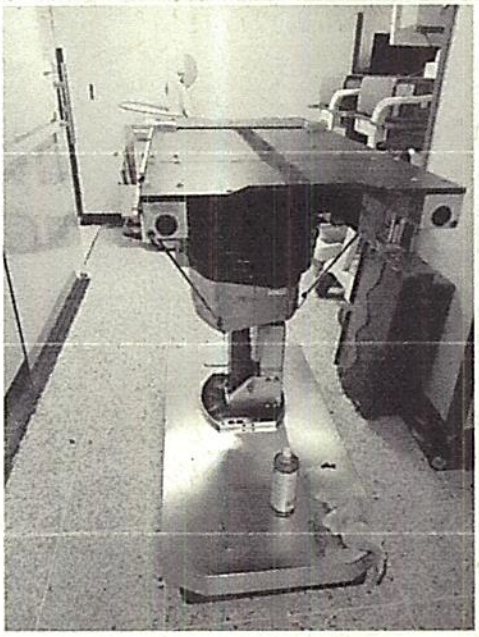


**Imagen 2**

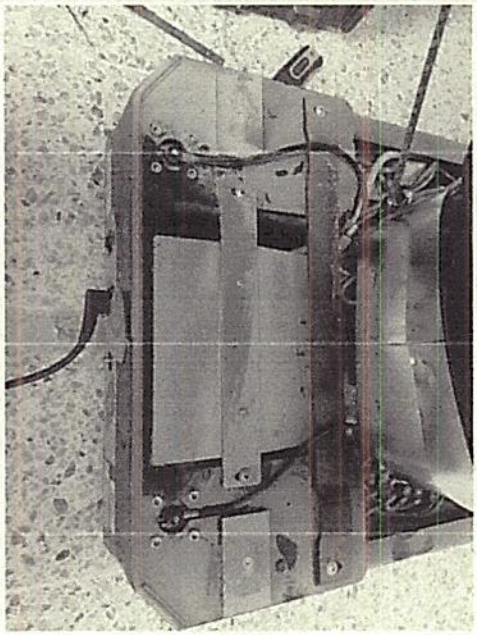
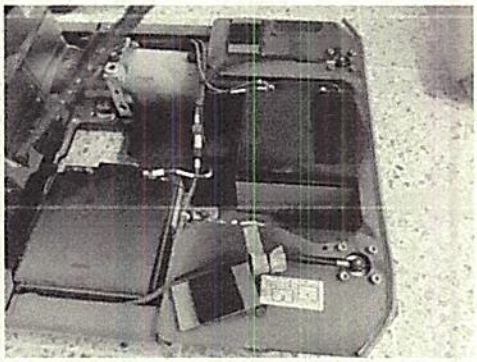


**Imagen 3**



## CONTROL DE TIEMPOS

**Fecha y hora inicio:** 2025-11-12 07:30:00

**Fecha y hora final:** 2025-11-12 12:00:00

Juan Esteban Q.

**Recibe a satisfacción**
Juan Quiñones
Biomédico

**Responsable**
Everth Roberto Moreno Salazar
Ingeniero de servicio técnico

| surgiPLAST<br>CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN - SALAS DE CIRUGÍA | ORDEN DE TRABAJO | CÓDIGO: P-ST-02-R02 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: V-2 | |
| | | FECHA DE ELABORACI | 2024-12-23 |
| | | FECHA DE REVISIÓN | 2024-12-23 |
| | Orden Nº: 1803082<br>Tipo servicio: Preventivo | FECHA DE APROBACIÓN | 2024-12-23 |
| | | ESTADO | |

| ELABORÓ | SERVICIO TECNICO | REVISÓ | Fecha de actualización: 23-12-24 / V-2 | APROBÓ | DIRECTORA DE OPERACIONES |
|---|---|---|---|---|---|

## IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | MESA DE CIRUGIA | **Serie:** | 141923 |
| **Alias:** | | **Placa:** | N.T. |
| **Marca:** | STERIS | **Código:** | N.T. |
| **Cliente:** | HOSPITAL MILITAR CENTRAL , PRINCIPAL | **Modelo:** | HIMAX |
| **Usuario:** | No Aplica | **Ubicación:** | HOSPITAL MILITAR CENTRAL / PRINCIPAL / SALAS DE CIRUGIA CUARTO PISO, SALA 4 |
| **Fecha solicitud:** | 2025-11-13 12:53:56 | **Causa falla:** | No aplica |
| **Propietario:** | | **Dirección cliente:** | Bogotá, Tv. 3C No. 49 - 02 |

## DESCRIPCIÓN ORDEN DE TRABAJO

Mantenimiento preventivo

## REPUESTOS

Ninguno

## DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Realización de mantenimiento preventivo ejecutando el protocolo de mantenimiento para la mesa quirúrgica. Verificación de: manifold hidráulico, tanto de los frenos como el de los movimientos. Mangueras, sistema eléctrico, fuente de poder, tarjeta principal, baterías, frenos, verificación de los todos los movimientos, nivel de aceite hidráulico, lubricación de llantas, cable eléctrico. Estado de colchonetas. Limpieza y mantenimiento general del equipo. Mesa quirúrgica se entrega funcionando normalmente en el servicio.

## OBSERVACIONES

Ninguna

## INSTRUCTIVO

| SEC. | ACTIVIDAD. | Respuesta |
|---|---|---|
| 1 | Hable con los operadores por fallas presentadas, estado y operación del equipo. | Si |
| 2 | Siga los procedimientos de seguridad adecuados, prepare el equipo para el mantenimiento preventivo. | Si |
| 3 | Retirar el acolchado. Examinar el exterior del acolchado y las tiras de sujeción (de los acolchados y de la mesa) | Si |
| 4 | Examinar las abrazaderas y otros materiales de las barras laterales. | Si |
| 5 | Ajustar las barras laterales. | Si |
| 6 | Soltar los recubrimientos de la mesa y la cubierta de la base y retírelos. | Si |
| 7 | Retirar y revisar los tableros de rayos X situados sobre cada sección del tablero (si se dispone de ellos) | Si |
| 8 | Comprobar el nivel de aceite hidráulico. | Si |
| 9 | Inspeccionar el suelo que está justo debajo de la mesa y todos los manguitos, accesorios y componentes del sistema hidráulico por si hay fugas de aceite. | Si |
| 10 | Verificar el funcionamiento del pedal del sistema de control de seguridad (manual) . | Si |
| 11 | Limpiar las ruedas e inspeccionarlas. | Si |
| 12 | Lubricar las ruedas. | Si |
| 13 | Comprobar que el mecanismo de topes de suelo funciona correctamente. | Si |
| 14 | Comprobar el posicionamiento de la mesa con el mando principal o el control opcional. | Si |
| 15 | Comprobar que todos los conectores y enchufes de los cables de la placa de circuitos estén bien sujetos. | Si |
| 16 | Comprobar que los cables no estén dañados ni deshilachados. | Si |
| 17 | Inspeccionar el cable eléctrico y el cable del mando. | Si |
| 18 | Comprobar el funcionamiento del sistema de control de seguridad (manual) . | Si |
| 19 | Comprobar la condición y el estado de carga de las baterías. | Si |
| 20 | Comprobar el estado del sistema Auto Limit Sensors. | Si |
| 21 | Comprobar el funcionamiento de la función Level (Nivel) . | Si |
| 22 | Comprobar el funcionamiento de la sección de espalda. | Si |
| 23 | Comprobar el funcionamiento de la sección de piernas. | Si |
| 24 | Comprobar el funcionamiento de la inclinación lateral. | Si |
| 25 | Comprobar el funcionamiento de la función Trendelenburg y Trendelenburg inversa. | Si |
| 26 | Comprobar el funcionamiento la función de elevar y bajar. | Si |
| 27 | Comprobar el funcionamiento de la sección de reposacabezas | Si |
| 28 | Comprobar la función SLIDE (Deslizar) . Inspeccionar la tensión de la cadena de deslizamiento. Comprobar el juego del bastidor y el piñón diferencial. | NA |

## INSTRUCTIVO

| SEC. | ACTIVIDAD. | Respuesta |
|---|---|---|
| 29 | Comprobar los dispositivos de bloqueo de las secciones de cabeza y piernas. | Si |
| 30 | Comprobar todos los juegos de las piernas de topes de suelo | Si |
| 31 | Examinar todas las partes lubricadas. Lubricar las que sea necesario. | Si |
| 32 | Asegurar todas las cubiertas y recubrimientos. | Si |
| 33 | Volver a colocar las colchonetas que se retiraron. Comprobar que no presenten cortes, desgarros, etc. | Si |
| 34 | Inspeccionar la zona para asegurarse de que se retiran todos los materiales que se usaron para el mantenimiento. | Si |
| 35 | ¿Se entrega equipo funcionando? | Si |

## REGISTRO FOTOGRÁFICO

**Imagen 1**

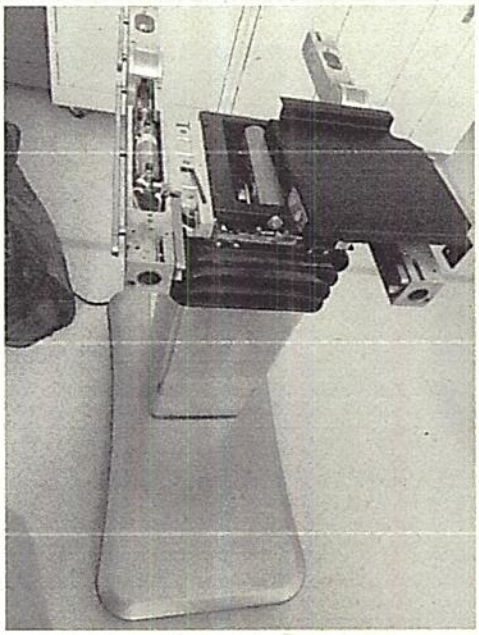


**Imagen 2**

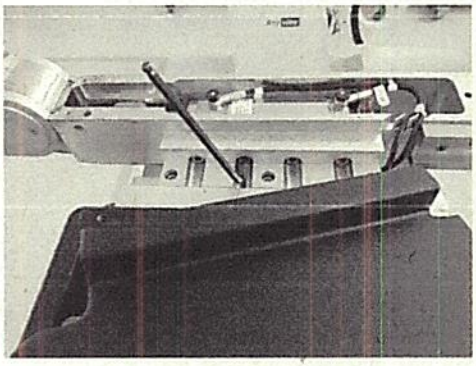
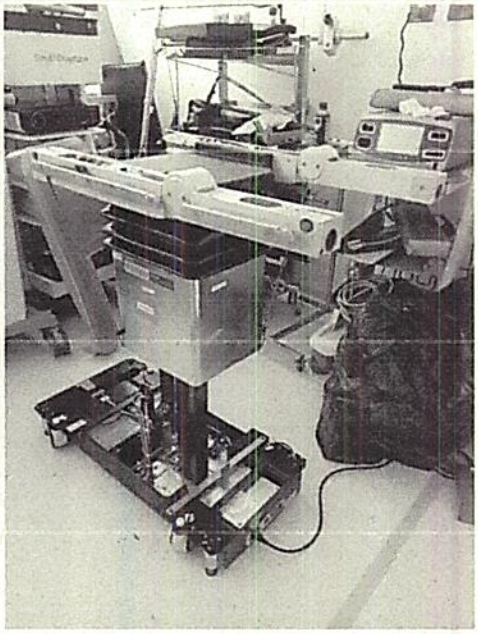


**Imagen 3**



## CONTROL DE TIEMPOS

**Fecha y hora inicio:** 2025-11-13 12:30:00

**Fecha y hora final:** 2025-11-13 16:00:00

Juan Esteban Q.

**Recibe a satisfacción**
Juan Quiñones
Biomédico

**Responsable**
Everth Roberto Moreno Salazar
Ingeniero de servicio técnico

| surgiPLAST<br>CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN - SALAS DE CIRUGÍA | **ORDEN DE TRABAJO** | **CÓDIGO:** P-ST-02-R02 | |
|---|---|---|---|
| | | **VERSIÓN:** V-2 | |
| | | **FECHA DE ELABORACIÓN** | 2024-12-23 |
| | | **FECHA DE REVISIÓN** | 2024-12-23 |
| | **Orden N°: 1801456**<br>**Tipo servicio: Preventivo** | **FECHA DE APROBACIÓN** | 2024-12-23 |
| | | **ESTADO** | |

| **ELABORÓ** | SERVICIO TECNICO | **REVISÓ** | Fecha de actualización: 23-12-24 / V-2 | **APROBÓ** | DIRECTORA DE OPERACIONES |
|---|---|---|---|---|---|

## IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | MESA DE CIRUGIA | **Serie:** | 60826 |
| **Alias:** | | **Placa:** | W175502 |
| **Marca:** | STERIS | **Código:** | N.T. |
| **Cliente:** | HOSPITAL MILITAR CENTRAL , PRINCIPAL | **Modelo:** | HIMAX |
| **Usuario:** | No Aplica | **Ubicación:** | HOSPITAL MILITAR CENTRAL / PRINCIPAL / CUARTO PISO, SALAS DE CIRUGIA, SALA N° 1 |
| **Fecha solicitud:** | 2025-11-12 14:05:56 | **Causa falla:** | Preventivo |
| **Propietario:** | | **Dirección cliente:** | Bogotá, Tv. 3C No. 49 - 02 |

## DESCRIPCIÓN ORDEN DE TRABAJO

Mantenimiento preventivo

## REPUESTOS

Ninguno

## DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Realización de mantenimiento preventivo ejecutando el protocolo de mantenimiento para la mesa quirúrgica. Verificación de: manifold hidráulico, tanto de los frenos como el de los movimientos. Mangueras, sistema eléctrico, fuente de poder, tarjeta principal, baterías, frenos, verificación de los todos los movimientos, nivel de aceite hidráulico, lubricación de llantas, cable eléctrico. Estado de colchonetas. Limpieza y mantenimiento general del equipo. Mesa quirúrgica se entrega funcionando normalmente en el servicio.

## OBSERVACIONES

Ninguna

## INSTRUCTIVO

| SEC. | ACTIVIDAD. | Respuesta |
|---|---|---|
| 1 | Hable con los operadores por fallas presentadas, estado y operación del equipo. | Si |
| 2 | Siga los procedimientos de seguridad adecuados, prepare el equipo para el mantenimiento preventivo. | Si |
| 3 | Retirar el acolchado. Examinar el exterior del acolchado y las tiras de sujeción (de los acolchados y de la mesa) | Si |
| 4 | Examinar las abrazaderas y otros materiales de las barras laterales. | Si |
| 5 | Ajustar las barras laterales. | Si |
| 6 | Soltar los recubrimientos de la mesa y la cubierta de la base y retírelos. | Si |
| 7 | Retirar y revisar los tableros de rayos X situados sobre cada sección del tablero (si se dispone de ellos) | Si |
| 8 | Comprobar el nivel de aceite hidráulico. | Si |
| 9 | Inspeccionar el suelo que está justo debajo de la mesa y todos los manguitos, accesorios y componentes del sistema hidráulico por si hay fugas de aceite. | Si |
| 10 | Verificar el funcionamiento del pedal del sistema de control de seguridad (manual) . | Si |

**INSTRUCTIVO**

| SEC. | ACTIVIDAD. | Respuesta |
|---|---|---|
| 11 | Limpiar las ruedas e inspeccionarlas. | Si |
| 12 | Lubricar las ruedas. | Si |
| 13 | Comprobar que el mecanismo de topes de suelo funciona correctamente. | Si |
| 14 | Comprobar el posicionamiento de la mesa con el mando principal o el control opcional. | Si |
| 15 | Comprobar que todos los conectores y enchufes de los cables de la placa de circuitos estén bien sujetos. | Si |
| 16 | Comprobar que los cables no estén dañados ni deshilachados. | Si |
| 17 | Inspeccionar el cable eléctrico y el cable del mando. | Si |
| 18 | Comprobar el funcionamiento del sistema de control de seguridad (manual) . | Si |
| 19 | Comprobar la condición y el estado de carga de las baterías. | Si |
| 20 | Comprobar el estado del sistema Auto Limit Sensors. | Si |
| 21 | Comprobar el funcionamiento de la función Level (Nivel) . | Si |
| 22 | Comprobar el funcionamiento de la sección de espalda. | Si |
| 23 | Comprobar el funcionamiento de la sección de piernas. | |
| 24 | Comprobar el funcionamiento de la inclinación lateral. | Si |
| 25 | Comprobar el funcionamiento de la función Trendelenburg y Trendelenburg inversa. | Si |
| 26 | Comprobar el funcionamiento la función de elevar y bajar. | Si |
| 27 | Comprobar el funcionamiento de la sección de reposacabezas | Si |
| 28 | Comprobar la función SLIDE (Deslizar) . Inspeccionar la tensión de la cadena de deslizamiento. Comprobar el juego del bastidor y el piñón diferencial. | NA |
| 29 | Comprobar los dispositivos de bloqueo de las secciones de cabeza y piernas. | Si |
| 30 | Comprobar todos los juegos de las piernas de topes de suelo | Si |
| 31 | Examinar todas las partes lubricadas. Lubricar las que sea necesario. | Si |
| 32 | Asegurar todas las cubiertas y recubrimientos. | Si |
| 33 | Volver a colocar las colchonetas que se retiraron. Comprobar que no presenten cortes, desgarros, etc. | Si |
| 34 | Inspeccionar la zona para asegurarse de que se retiran todos los materiales que se usaron para el mantenimiento. | Si |
| 35 | ¿Se entrega equipo funcionando? | Si |

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

**Imagen 1**

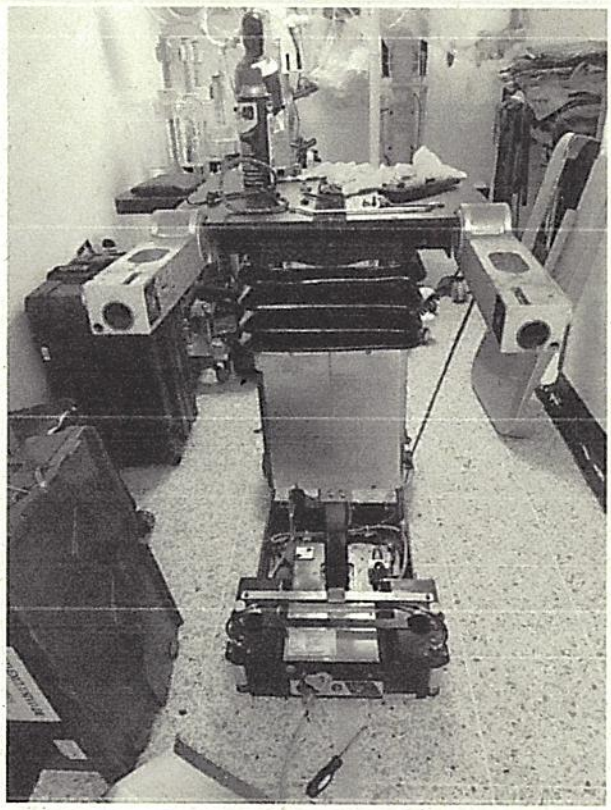
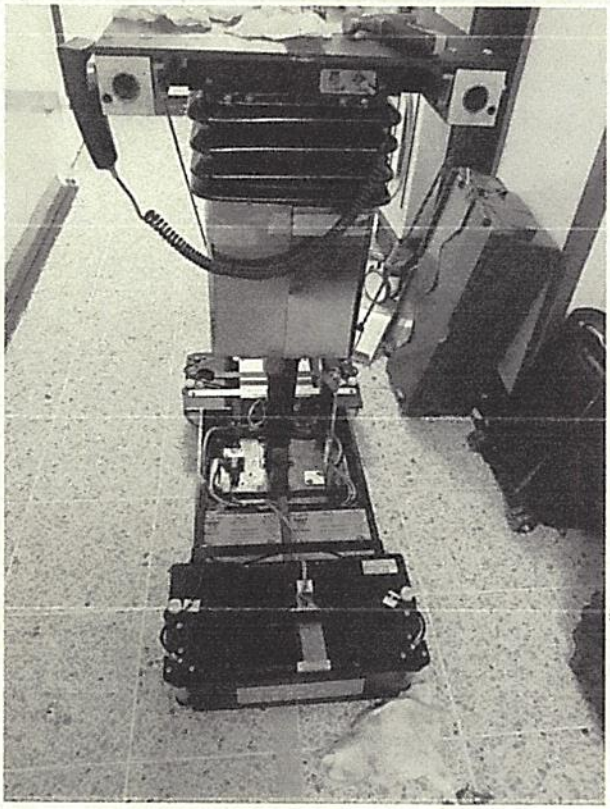


**Imagen 2**



**CONTROL DE TIEMPOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y hora inicio:** | 2025-11-12 13:00:00 | **Fecha y hora final:** | 2025-11-12 17:00:00 |

Juan Esteban Q.

**Recibe a satisfacción**
Juan Quiñones
Biomédico

**Responsable**
Everth Roberto Moreno Salazar
Ingeniero de servicio técnico

| surgiPLAST<br>CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN - SALAS DE CIRUGÍA | **ORDEN DE TRABAJO** | **CÓDIGO:** P-ST-02-R02 | |
|---|---|---|---|
| | | **VERSIÓN:** V-2 | |
| | | **FECHA DE ELABORACIÓN** | 2024-12-23 |
| | | **FECHA DE REVISIÓN** | 2024-12-23 |
| | **Orden Nº: 1802463**<br>**Tipo servicio: Preventivo** | **FECHA DE APROBACIÓN** | 2024-12-23 |
| | | **ESTADO** | |

| **ELABORÓ** | SERVICIO TECNICO | **REVISÓ** | Fecha de actualización: 23-12-24 / V-2 | **APROBÓ** | DIRECTORA DE OPERACIONES |
|---|---|---|---|---|---|

## IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | MESA DE CIRUGIA | **Serie:** | 134912 |
| **Alias:** | | **Placa:** | N.T. |
| **Marca:** | STERIS | **Código:** | N.T. |
| **Cliente:** | HOSPITAL MILITAR CENTRAL , PRINCIPAL | **Modelo:** | HIMAX |
| **Usuario:** | No Aplica | **Ubicación:** | HOSPITAL MILITAR CENTRAL / PRINCIPAL / CUARTO PISO, SALAS DE CIRUGIA, SALA Nº 1 |
| **Fecha solicitud:** | 2025-11-13 07:56:41 | **Causa falla:** | Preventivo |
| **Propietario:** | | **Dirección cliente:** | Bogotá, Tv. 3C No. 49 - 02 |

## DESCRIPCIÓN ORDEN DE TRABAJO

Mantenimiento preventivo

## REPUESTOS

Ninguno.

## DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Realización de mantenimiento preventivo ejecutando el protocolo de mantenimiento para la mesa quirúrgica. Verificación de: manifold hidráulico, tanto de los frenos como el de los movimientos. Mangueras, sistema eléctrico, fuente de poder, tarjeta principal, baterías, frenos, verificación de los todos los movimientos, nivel de aceite hidráulico, lubricación de llantas, cable eléctrico. Estado de colchonetas. Limpieza y mantenimiento general del equipo. Mesa quirúrgica se entrega funcionando normalmente en el servicio.

## OBSERVACIONES

Ninguna

## INSTRUCTIVO

| SEC. | ACTIVIDAD. | Respuesta |
|---|---|---|
| 1 | Hable con los operadores por fallas presentadas, estado y operación del equipo. | Si |
| 2 | Siga los procedimientos de seguridad adecuados, prepare el equipo para el mantenimiento preventivo. | Si |
| 3 | Retirar el acolchado. Examinar el exterior del acolchado y las tiras de sujeción (de los acolchados y de la mesa) | Si |
| 4 | Examinar las abrazaderas y otros materiales de las barras laterales. | Si |
| 5 | Ajustar las barras laterales. | Si |
| 6 | Soltar los recubrimientos de la mesa y la cubierta de la base y retírelos. | Si |
| 7 | Retirar y revisar los tableros de rayos X situados sobre cada sección del tablero (si se dispone de ellos) | Si |
| 8 | Comprobar el nivel de aceite hidráulico. | Si |
| 9 | Inspeccionar el suelo que está justo debajo de la mesa y todos los manguitos, accesorios y componentes del sistema hidráulico por si hay fugas de aceite. | Si |
| 10 | Verificar el funcionamiento del pedal del sistema de control de seguridad (manual) . | Si |
| 11 | Limpiar las ruedas e inspeccionarlas. | Si |
| 12 | Lubricar las ruedas. | Si |
| 13 | Comprobar que el mecanismo de topes de suelo funciona correctamente. | Si |
| 14 | Comprobar el posicionamiento de la mesa con el mando principal o el control opcional. | Si |
| 15 | Comprobar que todos los conectores y enchufes de los cables de la placa de circuitos estén bien sujetos. | Si |
| 16 | Comprobar que los cables no estén dañados ni deshilachados. | Si |
| 17 | Inspeccionar el cable eléctrico y el cable del mando. | Si |
| 18 | Comprobar el funcionamiento del sistema de control de seguridad (manual) . | Si |
| 19 | Comprobar la condición y el estado de carga de las baterías. | Si |
| 20 | Comprobar el estado del sistema Auto Limit Sensors. | Si |
| 21 | Comprobar el funcionamiento de la función Level (Nivel) . | Si |
| 22 | Comprobar el funcionamiento de la sección de espalda. | Si |
| 23 | Comprobar el funcionamiento de la sección de piernas. | Si |
| 24 | Comprobar el funcionamiento de la inclinación lateral. | Si |
| 25 | Comprobar el funcionamiento de la función Trendelenburg y Trendelenburg inversa. | Si |
| 26 | Comprobar el funcionamiento la función de elevar y bajar. | Si |
| 27 | Comprobar el funcionamiento de la sección de reposacabezas | Si |
| 28 | Comprobar la función SLIDE (Deslizar) . Inspeccionar la tensión de la cadena de deslizamiento. Comprobar el juego del bastidor y el piñón diferencial. | NA |

**INSTRUCTIVO**

| SEC. | ACTIVIDAD. | Respuesta |
|---|---|---|
| 29 | Comprobar los dispositivos de bloqueo de las secciones de cabeza y piernas. | Si |
| 30 | Comprobar todos los juegos de las piernas de topes de suelo | Si |
| 31 | Examinar todas las partes lubricadas. Lubricar las que sea necesario. | Si |
| 32 | Asegurar todas las cubiertas y recubrimientos. | Si |
| 33 | Volver a colocar las colchonetas que se retiraron. Comprobar que no presenten cortes, desgarros, etc. | Si |
| 34 | Inspeccionar la zona para asegurarse de que se retiran todos los materiales que se usaron para el mantenimiento. | Si |
| 35 | ¿Se entrega equipo funcionando? | Si |

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

**Imagen 1**

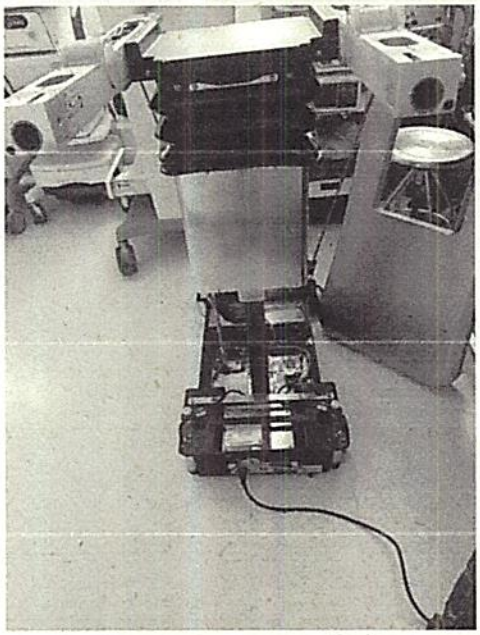


**Imagen 2**

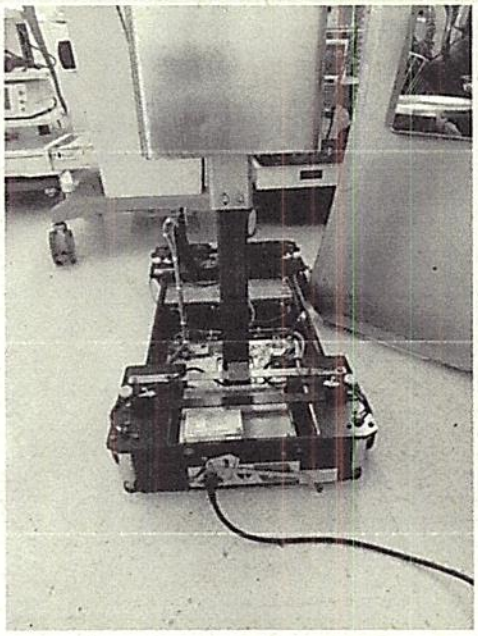
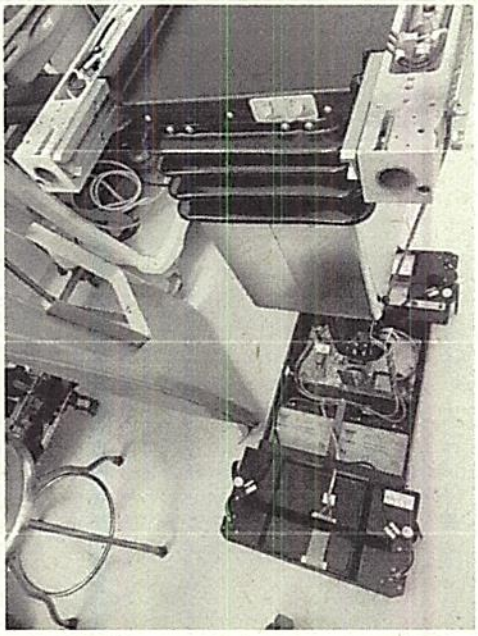


**Imagen 3**



**CONTROL DE TIEMPOS**

**Fecha y hora inicio:** 2025-11-13 07:30:00

**Fecha y hora final:** 2025-11-13 11:30:00

Juan Esteban Q.

**Recibe a satisfacción**
Juan Quiñones
Biomédico

**Responsable**
Everth Roberto Moreno Salazar
Ingeniero de servicio técnico