INBIOMECS SAS
NIT 901.126.715-8
CR 17 52 31 OF 301 BRR LA CONCORDIA
Tel: (037) 6842539 - (57) 3168851454
Bucaramanga - Colombia
contabilidad.inbiomecs@gmail.com
www.inbiomecs.co

Factura electrónica de venta
No. FE 944

Señores	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO SALUD DE BUCARAMANGA		
NIT	800.084.206-2	**Teléfono**	(037) 6405757
Dirección	CARRERA 9 12 NORTE MINUTO DE DIOS	**Ciudad**	Bucaramanga - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	31/01/2026, 09:21
Expedición	31/01/2026, 09:21
Vencimiento	30/04/2026

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	% Desc.	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	MHOSPE	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CON SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA LOS EQUIPOS BIOMEDICOS DISPUESTOS EN LAS 2 UNIDADES HOSPITALARIAS, 22 CENTROS DE SALUD QUE INTEGRAN LA E.S.E MES DE ENERO DE 2026	1.00	4,082,395.33	0 %	0 %	0.00	4,082,395.33

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuatro millones ochenta y dos mil trescientos noventa y cinco pesos m/cte con treinta y tres cent.

Total Bruto	4,082,395.33
Total a Pagar	**4,082,395.33**

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-04-30 por $ 4,082,395.33

Observaciones:
Nota: Los servicios de mantenimiento, alquiler o puesta en marcha de equipos médicos y/o clínicos, prestados a una EPS, no están sometidos al IVA; siempre y cuando tengan por “objeto directo y exclusivo efectuar las prestaciones propias del POS”. (Oficio 023332 agosto de 2015) Consignar en BANCO BBVA cuenta de Ahorros # 971028303 a nombre de INBIOMECS SAS.
IMPTE: Enviar soporte de pago al correo contabilidad.inbiomecs@gmail.com y gerencia.inbiomecs@gmail.com

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764097316481 aprobado en 20250821 prefijo FE desde el número 796 al 999 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 3319 Mantenimiento y reparación de otros tipos de equipos y sus componentes n.c.p. Tarifa 5 x 1000
CUFE: a40a936404592be3b3f973d9715957a3578c3caf33cb104ead5700128362e9fe1ef66508a7c08cc5b9fe3cf2b7835d50

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

INFORME DE ACTIVIDADES N° 01

ASUNTO: PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CON SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, DISPUESTOS EN LAS 2 UNIDADES HOSPITALARIAS Y 22 CENTROS DE SALUD QUE INTEGRA LA E.S.E ISABU.

Con toda atención me permito presentar informe de actividades correspondientes al periodo del DEL 26 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2026, en los siguientes términos:

CONTRATO No. Y FECHA:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 0162-2026 / 26 DE ENERO DE 2026
CONTRATISTA:	INBIOMECS S.A.S
Nit o C.C. No.	901126715-8
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CON SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, DISPUESTOS EN LAS 2 UNIDADES HOSPITALARIAS Y 22 CENTROS DE SALUD QUE INTEGRA LA E.S.E ISABU.
VALOR INICIAL MMT PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS:	CIENTO NOVENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE COLOMBIANA ($197´977.488)
VALOR TOTAL	CIENTO NOVENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE COLOMBIANA ($197´977.488)
PLAZO INICIAL:	CUATRO (04) MESES CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO.
SUPERVISOR:	NELSON MAURICIO CORDERO RUEDA
APOYO A LA SUPERVISION ASIGNADO:	KAREN ROCIO ALVAREZ DUQUE
FECHA DE INICIACIÓN:	26 DE ENERO DE 2026
FECHA DE TERMINACIÓN:	25 DE MAYO DE 2026
VALOR MTT PREVENTIVO	**$ 4,082,395**
PERIODO DE PAGO	26 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2026

1. **GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:**	
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADA	**EVIDENCIA / UBICACIÓN**
1.1. MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVOS DE EQUIPOS MÉDICOS DE: • Según cronograma se cumple el 100% del mantenimiento preventivo programado del 26 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2026 se logró culminar el cronograma programado del 26 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2026 ➢ Los repuestos suministrados a las 2 unidades hospitalarias y los centros de salud que están en funcionamiento se entregarán al responsable del almacén y se evidenciara en los anexos fotográficos y reportes de mantenimiento correctivo. 1.2. ACTUALIZACIÓN DE HOJAS DE VIDAS EN SOFTWARE: ESTERIALIZACION HLN, CIRUGIA -PARTOS HLN, ESTERILIZACION UIMIST 1.3. ACTUALIZACIÓN PROTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS DE ESTERIALIZACION HLN, CIRUGIA -PARTOS HLN, ESTERILIZACION UIMIST	Oficina de administración y anexos digitales

ACTIVIDAD CONTRACTUAL	DESARROLLO
1. El contratista debe garantizar que el personal que presta los servicios de mantenimiento preventivo y correctivo, disponga durante las visitas, las herramientas, equipos y demás elementos necesarios para adelantar dicha labor con oportunidad y eficiencia.	El personal de Inbiomecs cumple durante las visitas, con las herramientas, equipos y demás elementos necesarios para darle cumplimiento a las actividades programadas.
2. El contratista deberá responder por todos los daños que se causen a los equipos biomédicos, durante los mantenimientos preventivos y correctivos, causados por impericia u omisión de su personal o incumplimiento del cronograma de mantenimiento. En consecuencia, en caso de presentar dicha situación, deberá realizar la reposición del equipo en caso de avería total del mismo por uno igual o de mejores características y tecnología que el averiado, o realizar su reparación, de forma inmediata y previo requerimiento del supervisor. la presente situación será soportada con la hoja de vida de cada uno de los equipos.	En la ejecución de los mantenimientos preventivos y/o correctivos no se presentaron daños por parte del personal de INBIOMECS SAS, una vez realizado el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos de la ESE ISABU, los jefes de las áreas respectivas firman a conformidad y se evidencia el reporte de mantenimiento de cada equipo biomédico.
3. El contratista deberá contar con un software para la gestión del mantenimiento, dicha herramienta debe contar con las hojas de vida de los equipos biomédicos, los reportes de mantenimiento, protocolo de mantenimiento, protocolo de limpieza y desinfección, guías rápidas de manejo, registro INVIMA de los equipos, reportes trimestrales de tecnovigilancia, así mismo, el cronograma de mantenimiento, hojas de vida del personal y capacitaciones realizadas. Es de gran importancia que el software permita tener acceso vía web para todo el personal tanto administrativo como asistencial, esto con el fin de lograr atender las diferentes auditorias en los centros de salud y poder evidenciar la trazabilidad de los equipos.	La empresa cuenta con un software que cumple con todas las características mencionadas y se actualiza en cada mantenimiento que se realiza para tener al día las hojas de vida de cada uno de los equipos de la institución, se asignó usuario y clave al personal autorizado de la entidad para su manejo y revisión.

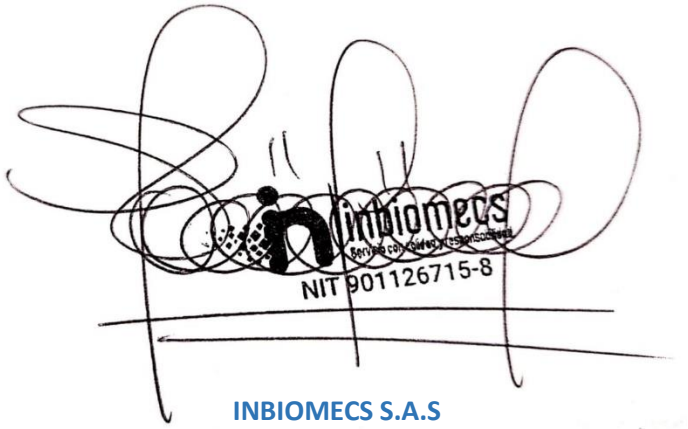
4. Cumplir con el plan anual de mantenimientos preventivos para los equipos biomédicos que operan en la ESE ISABU, (cronograma de mantenimiento), a desarrollar durante la ejecución del contrato de acuerdo con las recomendaciones del manual de servicio y teniendo en cuenta el servicio donde se encuentran instalados.	El cronograma de mantenimiento se ha visto alterado por el constante traslado de equipos, ya que algunos equipos no fueron encontrados en su ubicación, por tanto, no se le realizo el respectivo mantenimiento preventivo, solicitamos se nos informe siempre de estos traslados para actualización del inventario y reprogramación de mantenimientos. Se realizan reportes de los aspectos particulares en cada equipo y se adjunta evidencia en CD y también la información presentada puede ser visualizada desde el software.
5. El contratista se compromete a colocar un sticker con la fecha de realización de mantenimiento en cada equipo, fecha del próximo mantenimiento y número de reporte de servicio en un material resistente a los procesos de limpieza y desinfección.	Al realizar mantenimientos preventivos se deja como evidencia en el equipo revisado un sticker con el logo de INBIOMECS SAS con fechas para el control y auditoria.
6. Cumplir con el mantenimiento CORRECTIVOS las veces que sean requeridas sin costo adicional.	Se realizan sin problema cumpliendo con los valores estándares de repuestos y valores aprobados por la institución
7. Brindar capacitación sobre el manejo y cuidados para los equipos a su cargo, al personal asistencial que los utilicen, cuando sea requerido por el supervisor.	Se realiza según cronograma y según la necesidad de la institución.
8. Definir los indicadores del área de mantenimiento, que permitan medir el porcentaje cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo, el porcentaje de equipos que se les realizo mantenimiento correctivo y el porcentaje de equipos no disponibles, siendo insumos para la formulación e implementación de planes de mejora.	Se podrá medir estos indicadores con los reportes de mantenimiento preventivo y correctivo para mirar cumplimiento de cronograma., se realiza tabla de Excel mantenimiento preventivo programados vs los mantenimientos realizados, se adjuntan anexos de evidencias.
9. En caso de requerirse un repuesto, insumos y/o consumibles referidos en el numeral 2 para el mantenimiento correctivo, se deberá solicitar repuestos a la coordinación de mantenimiento	Se hacen entrega de repuestos conforme a la solicitud de correctivos solicitados por las coordinadoras de zonas y jefes de

de la ESE ISABU quien será la encargada de avalar o no su adquisición.	servicio soportados con actas de entrega firmadas por las mismas.
10. Verificar todas las protecciones eléctricas para los equipos biomédicos tales como puestas a tierra. UPS, estabilizadores.	Se ha reportado, a coordinación de mantenimiento constantes caídas de tensión que han ocasionado daños de fusibles e incluso borrar software de ciertos equipos para los cuales se han sugerido la implementación de ups. Así mismo se ha hecho sugerencia de mejora de los ambientes de trabajo de ciertos equipos que no cumplen con lo recomendado por el fabricante.
11. Realizar pruebas de verificación de funcionamiento, de los equipos biomédicos en comodato, previos a su aceptación dentro de la organización.	Se realiza pruebas de verificación de los equipos en comodato. Y se verifican que están en buenas condiciones, se le reporta al coordinador de mantenimientos de la ESE ISABU y se deja evidenciado en actas de visita.
12. Dar concepto técnico por el cual se requieren dar de baja los equipos biomédicos, por deterioro, obsolescencia, tiempo de servicio, paradas o por cumplimiento de la vida útil, que justifique los procedimientos administrativos para dar de baja aquellos equipos que lo ameriten.	Por aprobación de la ESE se inicia con el concepto técnico de baja de los equipos no funcionales que se encuentran en la bodega, se entregan actas de baja y se adjunta evidencia.
13. Realizar acompañamiento en las visitas de habilitación de la secretaria de salud departamental en el estándar 3 “dotación y mantenimiento “, en cumplimiento de la resolución 1043 del 2006, la resolución 1441 del 2013 y la resolución 2003 del 2014, expedida por el ministerio de protección social; previo requerimiento del supervisor.	No se han programado por el momento auditorias para realizar acompañamiento en las visitas de habilitación de la secretaria de salud departamental. Previo requerimiento del supervisor estamos atentos a las indicaciones de la coordinadora de mantenimiento de la ESE ISABU.
14. Atender los mantenimientos correctivos en un tiempo no mayor a 8 horas que le sean asignadas por la ESE	Se ha dado cumplimiento a los mantenimientos correctivos solicitados por los centros que componen la ESE ISABU priorizándolos según la urgencia y

	dependencia del servicio de ese correctivo. Se realizaron todos los mantenimientos correctivos reportados.
15. Entregar informes mensuales donde se reporten todas las actividades desarrolladas desagregando el mantenimiento preventivo y correctivo, nombre del equipo, sede donde se ubica, los trabajos no culminados, la necesidad de repuestos y recomendaciones para mejorar en caso de que existan.	Se adjunta informe de actividades, reportes de mantenimientos preventivos y correctivos con las indicaciones del contrato, rondas de seguridad, hojas de vida del personal se adjunta cd con información DE EVIDENCIAS digital y física.
16. Cumplir con las clasificaciones de los residuos hospitalario y similares que se generan en lo servicios según lo establecido en el plan de gestión integral de residuos hospitalarios, de acuerdo con la normatividad nacional de carácter ambiental y a las políticas internas aprobadas en la institución.	Se realiza clasificación de residuos de repuestos generados, de acuerdo con la normatividad.
17. Realizar aseo desinfección en el lugar de trabajo	Se realiza aseo en el lugar trabajo donde se realizan los mantenimientos preventivos y correctivos.
18. El personal contratado debe tener el carnet de vacunación.	El personal contratado cuenta con carnet de vacunación
19. Cumplir con las normas de seguridad industriales dentro de las instalaciones del hospital local del norte, la unidad intermedia materno infantil santa teresita “UIMIST” y de más centros de salud que integran la ESE ISABU.	Se cumple con las normas de seguridad industriales dentro y fuera de las instalaciones de la ESE ISABU
20. Durante el turno que le corresponda la prestación del servició, deberá portar permanentemente en lugar visible el carnet de identificación, debidamente diligenciado y con foto reciente además de los siguientes documentos -carnet vigente de la EPS - carnet de riesgo laboral (A.R.L)	El personal de Inbiomecs cuenta con carnet donde especifica la EPS y ARL y su debida dotación de que identifica a la empresa

21. el contratista debe tener en cuenta que deberá suministrar la dotación completa a todo el personal que destine para la prestación del servicio como uniformes, calzados, tapabocas, gorros, guantes, etc en cumplimiento a las normas de seguridad industrial.	La empresa Inbiomecs S.A.S suministra su debida dotación y elementos de protección personal para dar cumplimiento a las normas de seguridad industrial.

Se expide en Bucaramanga, Santander a los 31 días del mes de ENERO de 2026.



INBIOMECS S.A.S
CONTRATISTA

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

ESTERILIZACION HLN


1


2


3


4









ESTERILIZACION UIMIST


1


2


3

EN MI CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE INBIOMECS SAS NIT. 901.126.715-8

CERTIFICO

Que la empresa INBIOMECS SAS con numero de NIT 901.126.715-8, está cumpliendo con las obligaciones de parafiscales, las del sistema de salud, riesgos profesionales, pensión y aportes a cajas de compensación familiar, Instituto colombiano de bienestar familiar y servicios nacionales de aprendizaje SENA. INBIOMECS SAS se encuentra a paz y salvo por concepto de:

1. Pensiones y aportes a caja de compensación familiar, correspondiente al mes de ENERO del 2026.
   Aportes a salud correspondiente al mes de FEBRERO del 2026.

La presente certificación se expide en Bucaramanga, Santander a los 26 días del mes de enero del 2026, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, ley 734 de 2002, ley 828 de 2003 y demás normas concordantes.

Cordialmente,

DANIEL SERRANO STELLA
REPRESENTANTE LEGAL
CC 1.098.717.256

LISMAN ALFREDO
LANDAZABAL L.C. C. No.
91.209.620
En calidad de: Contador
Tarjeta Profesional Contador No. T.P. 56815-T

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901126715
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INBIOMECS S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 17 # 52-31 OFF 301	TELÉFONO:	6842539
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Mantenimiento y reparación de otros tipos de equi
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	123 - EDGAR DAVID PAREDES SILVA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6004407490**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/26			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9259175		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	2	$ 1.127.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.127.500	$ 0	$ 1.127.500
230301	230301-PORVENIR	14	$ 4.425.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.425.700	$ 0	$ 4.425.700
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 191.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 191.300	$ 0	$ 191.300
25-14	25-14 COLPENSIONES	7	$ 1.745.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.745.500	$ 0	$ 1.745.500
SUBTOTALES:										**$ 7.490.000**	**$ 0**	**$ 7.490.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 75.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 75.800	$ 0	$ 0	$ 75.800
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	8		$ 0		$ 0		$ 0	$ 586.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 586.600	$ 0	$ 0	$ 586.600
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 77.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 77.100	$ 0	$ 0	$ 77.100
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	8		$ 0		$ 0		$ 0	$ 595.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 595.200	$ 0	$ 0	$ 595.200
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 323.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 323.600	$ 0	$ 0	$ 323.600
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 45.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 45.500	$ 0	$ 0	$ 45.500
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 36.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.700	$ 0	$ 0	$ 36.700
SUBTOTALES:													**$ 1.740.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.740.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	24		$ 0	$ 0		$ 0	$ 934.100	$ 934.100	$ 0	$ 0	$ 934.100
SUBTOTALES:									**$ 934.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 934.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF21	CCF21-CAFAM	5	$ 380.500	$ 0	$ 380.500
CCF39	CCF39-CAJASAN	19	$ 1.493.400	$ 0	$ 1.493.400
SUBTOTALES:			**$ 1.873.900**	**$ 0**	**$ 1.873.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES						
																										PENSIÓN										SALUD								ARP																		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901126715
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INBIOMECS S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 17 # 52-31 OFF 301	TELÉFONO:	6842539
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Mantenimiento y reparación de otros tipos de equi
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	123 - EDGAR DAVID PAREDES SILVA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6004407490**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/26			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9259175		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
10	CC 1098767673	QUIROGA ACOSTA ZULAY KARINA	DEPEND		$ 1.904.000	FIJO			SI	05																230301-PORVENIR	26	$ 1.650.134	$ 264.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 264.100	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 1.650.134	$ 66.100	$ 0	$ 66.100	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.650.134	100	$ 8.700	26	$ 1.650.134	CCF39-CAJASAN	$ 66.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1098816091	SIERRA SANCHEZ FREDDY ALEXIS	DEPEND		$ 2.408.000	FIJO			SI	05																230301-PORVENIR	25	$ 2.006.667	$ 321.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 321.100	EPS005-SANITAS S.A.	25	$ 2.006.667	$ 80.300	$ 0	$ 80.300	14-11 - ARL SURA	25	$ 2.006.667	200	$ 48.900	25	$ 2.006.667	CCF39-CAJASAN	$ 80.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 1098816091	SIERRA SANCHEZ FREDDY ALEXIS	DEPEND		$ 2.408.000	FIJO			SI									26-26								230301-PORVENIR	1	$ 80.267	$ 12.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 12.900	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 80.267	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	1	$ 80.267		$ 0	1	$ 80.267	CCF39-CAJASAN	$ 3.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 1100960367	GUALDRON VILLAMIZAR OSCAR RAUL	DEPEND		$ 2.610.000	FIJO			SI									01-04								230301-PORVENIR	4	$ 348.000	$ 55.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 55.700	EPS037-NUEVA EPS	4	$ 348.000	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	4	$ 348.000		$ 0	4	$ 348.000	CCF39-CAJASAN	$ 14.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 1100960367	GUALDRON VILLAMIZAR OSCAR RAUL	DEPEND		$ 2.610.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	26	$ 2.262.000	$ 362.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 362.000	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 2.262.000	$ 90.500	$ 0	$ 90.500	14-11 - ARL SURA	26	$ 2.262.000	200	$ 55.200	26	$ 2.262.000	CCF39-CAJASAN	$ 90.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 1100963451	CALDERON GRANADOS JULIAN ANDRES	DEPEND		$ 2.610.000	VARIABLE			SI									01-04								230301-PORVENIR	4	$ 348.000	$ 55.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 55.700	EPS002-SALUD TOTAL	4	$ 348.000	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	4	$ 348.000		$ 0	4	$ 348.000	CCF39-CAJASAN	$ 14.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 1100963451	CALDERON GRANADOS JULIAN ANDRES	DEPEND		$ 2.610.000	VARIABLE			SI								05-30									230301-PORVENIR	26	$ 2.397.720	$ 383.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 383.700	EPS002-SALUD TOTAL	26	$ 2.397.720	$ 96.000	$ 0	$ 96.000	14-11 - ARL SURA	26	$ 2.397.720	200	$ 58.500	26	$ 2.397.720	CCF39-CAJASAN	$ 96.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 1100965893	SEPULVEDA FERREIRA JAVIER HUMBERTO	DEPEND		$ 1.972.135	VARIABLE			SI								05-30									230301-PORVENIR	26	$ 1.811.735	$ 289.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 289.900	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 1.811.735	$ 72.500	$ 0	$ 72.500	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.811.735	200	$ 44.200	26	$ 1.811.735	CCF39-CAJASAN	$ 72.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 1100965893	SEPULVEDA FERREIRA JAVIER HUMBERTO	DEPEND		$ 1.972.135	VARIABLE			SI									01-04								230301-PORVENIR	4	$ 262.952	$ 42.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 42.100	EPS037-NUEVA EPS	4	$ 262.952	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	4	$ 262.952		$ 0	4	$ 262.952	CCF39-CAJASAN	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	CC 1100966579	SILVA PORRAS JOHN JAIRO	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI									01-04								230301-PORVENIR	4	$ 233.454	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 37.400	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 233.454	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	4	$ 233.454		$ 0	4	$ 233.454	CCF39-CAJASAN	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	CC 1100966579	SILVA PORRAS JOHN JAIRO	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI								05-30									230301-PORVENIR	26	$ 1.522.474	$ 243.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.600	EPS005-SANITAS S.A.	26	$ 1.522.474	$ 60.900	$ 0	$ 60.900	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.522.474	200	$ 37.100	26	$ 1.522.474	CCF39-CAJASAN	$ 60.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	CC 13701179	RANGEL REYES EDUARDO ENRIQUE	DEPEND		$ 1.983.950	VARIABLE			SI								05-30									230301-PORVENIR	26	$ 1.822.589	$ 291.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 291.700	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 1.822.589	$ 73.000	$ 0	$ 73.000	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.822.589	200	$ 44.400	26	$ 1.822.589	CCF39-CAJASAN	$ 73.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	CC 13701179	RANGEL REYES EDUARDO ENRIQUE	DEPEND		$ 1.983.950	VARIABLE			SI									01-04								230301-PORVENIR	4	$ 264.527	$ 42.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 42.400	EPS037-NUEVA EPS	4	$ 264.527	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	4	$ 264.527		$ 0	4	$ 264.527	CCF39-CAJASAN	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	CC 79923849	CENTENO VARGAS LUIS ALFREDO	DEPEND		$ 1.924.000	FIJO			SI								05-30									25-14 COLPENSIONES	26	$ 1.834.214	$ 293.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 293.500	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 1.834.214	$ 73.400	$ 0	$ 73.400	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.834.214	200	$ 44.700	26	$ 1.834.214	CCF39-CAJASAN	$ 73.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	CC 79923849	CENTENO VARGAS LUIS ALFREDO	DEPEND		$ 1.924.000	FIJO			SI									01-04								25-14 COLPENSIONES	4	$ 256.534	$ 41.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 41.100	EPS037-NUEVA EPS	4	$ 256.534	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	4	$ 256.534		$ 0	4	$ 256.534	CCF39-CAJASAN	$ 10.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
25	CC 80825606	ROZO SANABRIA FELIX	DEPEND		$ 1.980.000	FIJO			SI	05																25-14 COLPENSIONES	26	$ 1.716.000	$ 274.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 274.600	EPS002-SALUD TOTAL	26	$ 1.716.000	$ 68.700	$ 0	$ 68.700	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.716.000	200	$ 41.900	26	$ 1.716.000	CCF21-CAFAM	$ 68.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	CC 91073277	OLARTE NEIRA OMAR	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI									01-04								25-14 COLPENSIONES	4	$ 234.227	$ 37.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 37.500	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 234.227	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	4	$ 234.227		$ 0	4	$ 234.227	CCF39-CAJASAN	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
27	CC 91073277	OLARTE NEIRA OMAR	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI								05-30									25-14 COLPENSIONES	26	$ 1.522.474	$ 243.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.600	EPS005-SANITAS S.A.	26	$ 1.522.474	$ 60.900	$ 0	$ 60.900	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.522.474	200	$ 15.900	26	$ 1.522.474	CCF39-CAJASAN	$ 60.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
28	CC 91073916	MAYORGA DIAZ JEIRSINIO	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI								05-30									25-14 COLPENSIONES	26	$ 1.522.474	$ 243.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.600	EPS005-SANITAS S.A.	26	$ 1.522.474	$ 60.900	$ 0	$ 60.900	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.522.474	200	$ 37.100	26	$ 1.522.474	CCF39-CAJASAN	$ 60.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
29	CC 91073916	MAYORGA DIAZ JEIRSINIO	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI									01-04								25-14 COLPENSIONES	4	$ 233.454	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 37.400	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 233.454	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	4	$ 233.454		$ 0	4	$ 233.454	CCF39-CAJASAN	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	CC 91075040	SANTOS ALFONSO JUAN CARLOS	DEPEND		$ 2.272.617	FIJO			SI		01															25-14 COLPENSIONES	1	$ 75.754	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 12.200	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 75.754	$ 3.100	$ 0	$ 3.100	14-11 - ARL SURA	1	$ 75.754	200	$ 1.900	1	$ 75.754	CCF39-CAJASAN	$ 3.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
31	CC 91075344	SARMIENTO GARCES ARNULFO	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI								05-30									25-14 COLPENSIONES	26	$ 1.522.474	$ 243.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.600	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 1.522.474	$ 60.900	$ 0	$ 60.900	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.522.474	200	$ 37.100	26	$ 1.522.474	CCF39-CAJASAN	$ 60.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
32	CC 91075344	SARMIENTO GARCES ARNULFO	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI									01-04								25-14 COLPENSIONES	4	$ 233.454	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 37.400	EPS037-NUEVA EPS	4	$ 233.454	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	4	$ 233.454		$ 0	4	$ 233.454	CCF39-CAJASAN	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
33	CC 91078540	FLOREZ DANIEL ENRIQUE	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI									01-04								230201-PROTECCION	4	$ 233.454	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 37.400	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 233.454	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	4	$ 233.454		$ 0	4	$ 233.454	CCF39-CAJASAN	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
34	CC 91078540	FLOREZ DANIEL ENRIQUE	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI								05-30									230201-PROTECCION	26	$ 1.522.474	$ 243.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.600	EPS005-SANITAS S.A.	26	$ 1.522.474	$ 60.900	$ 0	$ 60.900	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.522.474	200	$ 37.100	26	$ 1.522.474	CCF39-CAJASAN	$ 60.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
35	CC 91078740	SANCHEZ SERGIO ALEJANDRO	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI								05-30									25-14 COLPENSIONES	26	$ 1.522.474	$ 243.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.600	EPS037-NUEVA EPS	26	$ 1.522.474	$ 60.900	$ 0	$ 60.900	14-11 - ARL SURA	26	$ 1.522.474	200	$ 37.100	26	$ 1.522.474	CCF39-CAJASAN	$ 60.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901126715
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INBIOMECS S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 17 # 52-31 OFF 301	TELÉFONO:	6842539
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Mantenimiento y reparación de otros tipos de equi
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	123 - EDGAR DAVID PAREDES SILVA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**6004407490**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/01/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9259175

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
36	CC 91078740	SANCHEZ SERGIO ALEJANDRO	DEPEND		$ 1.597.000	FIJO			SI									01-04								25-14 COLPENSIONES	4	$ 233.454	$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 37.400	EPS037-NUEVA EPS	4	$ 233.454	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	4	$ 233.454		$ 0	4	$ 233.454	CCF39-CAJASAN	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
37	CC 91080075	FONCE OLARTE JORGE IVAN	DEPEND		$ 2.293.066	FIJO			SI	19																230301-PORVENIR	12	$ 917.227	$ 146.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 146.800	NUEVA EPS CM	12	$ 917.227	$ 36.700	$ 0	$ 36.700	14-11 - ARL SURA	12	$ 917.227	200	$ 22.400	12	$ 917.227	CCF39-CAJASAN	$ 36.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 12.038.500

Planilla Pagada

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8 4 3 7 A 9 1 F 9 1 B F 6 4 B A

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LISMAN ALFREDO LANDAZABAL LANDAZABAL** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 91209620 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 56815-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

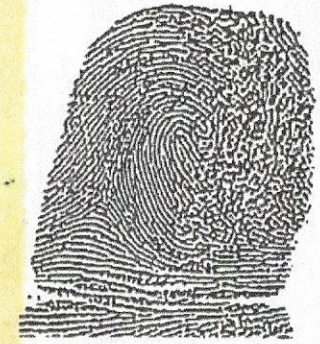
NUMERO **91209620**

LANDAZABAL LANDAZABAL
APELLIDOS

LISMAN ALFREDO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-1960**
TONA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **M** SEXO

08-MAR-1979 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2700100-59099998-M-0091209620-20020321 **04719** 02079B 02 119267164

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
La Notaria Única del Circulo de Piedecuesta TESTIFICA Que Esta fotocopia Fué Tomada del original que tuve a la vista. 01 OCT 2019

DRA. ADRIANA HAYDEE MANTILLA DURAN
Notaria Única del Circulo de
Piedecuesta

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaria Única del Circulo Depto. de Santander PIEDECUESTA

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



56815-T

LISMAN ALFREDO
LANDAZABAL LANDAZABAL
C.C. 91209620
RESOLUCION INSCRIPCION 203 FECHA 11/12/97
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Presidente

00065086

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
La Notaria Única del Circulo de Piedecuesta TESTIFICA Que Esta fotocopia Fué Tomada del original que tuve a la vista. 01 OCT 2019

DRA. ADRIANA HAYDEE MANTILLA DURAN
Notaria Única del Circulo de
Piedecuesta

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaria Única del Circulo
Depto. de Santander
PIEDECUESTA

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

013534

inbiomecs	**INBIOMECS S.A.S.**	**SGI-FR-004**
		Versión: 00
	ACTA DE VISITA TÉCNICA	**Fecha: 15-02-2019**
		Página 1 de 1

FECHA:	28 / 01 / 2026		
INSTITUCIÓN / EMPRESA:	ISabu - HLN		
SERVICIO:	Esterilizacion		
NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA VISITA	Freddy Alexis Sierra Sanchez		
CONTACTO (QUIEN ATIENDE VISITA):	Yulisa Garzon Ariza		
CARGO U OFICIO DEL CONTACTO:	Enfermera Lider Cx	**NUMERO TEL. CONTACTO**	3214086693

MOTIVO DE LA VISITA:	Mantenimiento preventivo.
TEMA Y/O ASPECTOS ENCONTRADOS:	
Se ejecuta mantenimiento preventivo, para el servicio de esterilizacion, autoclave Tuttnauer ISAHLN-0802 funcionando correctamente, autoclave Tuttnauer ISAHLN-0239 funcionando correctamente y autoclave Runyes 0764-CIRHLN se desmonta y se limpian todas la electrovalvulas y se remueve todo rastro de barro, El autoclave Runyes queda funcionando bajo observacion pues anteriormente nos ha reportado fugas de agua.	
RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:	

FIRMA PROFESIONAL INBIOMECS SAS
C.C 1098016091

FIRMA QUIEN ATENDIO LA VISITA
C.C 1098730273

FIRMA JEFE DE SERVICIO O ÁREA
C.C

	INBIOMECS S.A.S.	SGI-FR-004
inbiomecs		Versión: 00
	ACTA DE VISITA TÉCNICA	Fecha: 15-02-2019
		Página 1 de 1

FECHA:	26/01/2026		
INSTITUCIÓN / EMPRESA:	Isabu		
SERVICIO:	esterilizacion - UCI MIST		
NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA VISITA	Cristian Jaimes		
CONTACTO (QUIEN ATIENDE VISITA):	Hector [illegible]		
CARGO U OFICIO DEL CONTACTO:	enfermero	NUMERO TEL. CONTACTO	

MOTIVO DE LA VISITA:	Mantenimiento Preventivo Programado

TEMA Y/O ASPECTOS ENCONTRADOS:

Se realiza mantenimiento preventivo segun pruebas establecidas, segun el cronograma, Equipos Funcionan correctamente

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:

Cristian Jaimes

FIRMA PROFESIONAL INBIOMECS SAS
C.C 1094750784

FIRMA QUIEN ATENDIO LA VISITA
C.C 1096228xxx

FIRMA JEFE DE SERVICIO O ÁREA
C.C

ISABU e.s.e | INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	**FORMATO REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**		inbiomecs
	Fecha de reporte 2026-01-26 - Reporte #27496		
	Código:	F.MAI.03	Fecha
	Versión:	1	04/12/22

DATOS DE LA EMPRESA			
NOMBRE	INBIOMECS SAS	NIT	901126715 -8
RESPONSABLE	CRISTIAN JAIMES	TELEFONO	3165384899
EMAIL	crihska10@gmail.com	CIUDAD	Bucaramanga
DATOS DEL CLIENTE			
EMPRESA	E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	REPRESENTANTE	DR. HERNAN ZARATE
NIT	800084206-2	DIRECCION	CALLE 12 N 10- 5
TELEFONO		6405757	
EMAIL: GESTIONDOCUMENTALESEISABU@GMAIL.COM			

INFORMACION DEL EQUIPO			
NOMBRE	AUTOCLAVE		
DISTINTIVO	N.A.		
INVENTARIO	ISAHLN-0708		
MARCA	TUTTNAUER		
MODELO	ELARA 11D	SERIE	15040682
CODIGO ECRI	13-746	REGISTRO SANITARIO	RS 2011DM-0008086
DEPENDENCIA	UNIDAD INTERMEDIA MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA	SUBDEPENDENCIA	ESTERILIZACIÓN - UIMIST
SERVICIO	ESTERILIZACIÓN	UBICACION	ESTERILIZACIÓN

Resumen

CONDICIONES GENERALES	
Prueba de funcionamiento inicial	☑
Limpieza integral externa	☑
Limpieza integral interna	☑
Revisión de accesorios	☑
Ajuste de componentes generales	☑

Prueba de funcionamiento general	☑
SISTEMAS DE PRESION	
Inspección de válvulas	☑
Revisión de conectores y acoples	☑
SISTEMA OPTICO Y DE LABORATORIO	
SISTEMA ELECTRICO Y ELECTRONICO	
Inspección de componentes	☑
Inspección de tarjetas	☑
Inspección de displays	☑
Revisión de panel de control	☑
Verificación de cable poder	☑
Revisión de conector	☑
Revisión de Switches	☑
EQUIPOS DE PRESION Y TEMPERATURA	
EQUIPOS MECANICOS	
DIAGNOSTICO	
MANTENIMIENTO PREVENTIVO PROGRAMADO.	
ACTIVIDADES	
SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACUERDO AL PROTOCOLO. SE REALIZA REVISIÓN DE BOMBA DE VACÍO Y BOMBA DE AGUA, INSPECCIÓN Y LIMPIEZA DE ELECTROVÁLVULAS, SE VERIFICA ESTADO DE EMPAQUE Y RECAMARA. EQUIPO QUEDA FUNCIONANDO CORRECTAMENTE.	
OBSERVACIONES	

Equipos Patrones

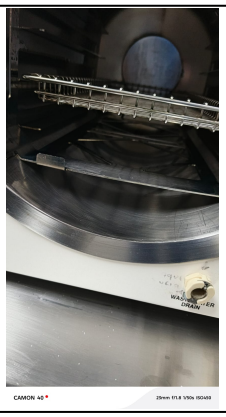
Nombre	Marca	Modelo	Certificado	Calibracion

Medidas

Parametro	Patron	Equipo	Corrección

Evidencias

Evidencia Antes	Evidencia Despues

FIRMA RESPONSABLE	FIRMA CLIENTE
CRISTIAN JAIMES	JEFE JULIANA CHAVEZ HOSP HLN

ISABU e.s.e | INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	**FORMATO REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**			inbiomecs
	Fecha de reporte 2026-01-28 - Reporte #27548			
	Código:	F.MAI.03	Fecha	
	Versión:	1	04/12/22	

DATOS DE LA EMPRESA			
NOMBRE	INBIOMECS SAS	NIT	901126715 -8
RESPONSABLE	FREDDY ALEXIS SIERRA SANCHEZ	TELEFONO	3177008163
EMAIL	falexis0278@gmail.com	CIUDAD	Bucaramanga
DATOS DEL CLIENTE			
EMPRESA	E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	REPRESENTANTE	DR. HERNAN ZARATE
NIT	800084206-2	DIRECCION	CALLE 12 N 10- 5
TELEFONO		6405757	
EMAIL: GESTIONDOCUMENTALESEISABU@GMAIL.COM			

INFORMACION DEL EQUIPO			
NOMBRE	AUTOCLAVE		
DISTINTIVO	N.A		
INVENTARIO	0138 - HLN		
MARCA	RUNYES		
MODELO	QL-150	SERIE	010-1506CNB
CODIGO ECRI	13-746	REGISTRO SANITARIO	RS RS 2009DM-0004314
DEPENDENCIA	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	SUBDEPENDENCIA	ESTERILIZACIÓN - HLN
SERVICIO	ESTERILIZACIÓN	UBICACION	ESTERILIZACIÓN

Resumen

CONDICIONES GENERALES	
Prueba de funcionamiento inicial	☑
Limpieza integral externa	☑
Limpieza integral interna	☑
Revisión de accesorios	☑
Ajuste de componentes generales	☑

Prueba de funcionamiento general	☑
SISTEMAS DE PRESION	
Inspección de válvulas	☑
Revisión de conectores y acoples	☑
SISTEMA OPTICO Y DE LABORATORIO	
SISTEMA ELECTRICO Y ELECTRONICO	
Inspección de componentes	☑
Inspección de tarjetas	☑
Revisión de panel de control	☑
EQUIPOS DE PRESION Y TEMPERATURA	
Verificación de manómetros	☑
Revisión de estado de mangueras	☑
Verificación sensor de temperatura	☑
Verificación de resistencia	☑
Verificación de termostato	☑
EQUIPOS MECANICOS	
DIAGNOSTICO	
SE REALIZA MANTENIMEINTO PREVENTVIO PROGRAMADO	
ACTIVIDADES	
SE EJECUTA EL MANTENIMIENTO SEGUN EL PROTOCOLO, SE DESMONTAN YSE LIMPIAN LAS ELECTROVALVULAS. SE EVIDENCIA QUE LA RESISTENCIA ESTA DETERIORADA, SE HACEN PRUEBAS Y QUEDA FUNCIONANDO CORRECTAMENTE. SIN EMBARGO SE PROGRAMA EL CAMBIO DE LA RESISTENCIA ANTES DE QUE SE DAÑE.	
OBSERVACIONES	

Equipos Patrones

Nombre	Marca	Modelo	Certificado	Calibracion

Medidas

Parametro	Patron	Equipo	Corrección

Evidencias

Evidencia Antes	Evidencia Despues

FIRMA RESPONSABLE	FIRMA CLIENTE
FREDDY ALEXIS SIERRA SANCHEZ	JEFE YULISA GARZON ARIZA

ISABU e.s.e | INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	**FORMATO REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**		inbiomecs
	Fecha de reporte 2026-01-28 - Reporte #27547		
	Código:	F.MAI.03	Fecha
	Versión:	1	04/12/22

DATOS DE LA EMPRESA			
NOMBRE	INBIOMECS SAS	NIT	901126715 -8
RESPONSABLE	FREDDY ALEXIS SIERRA SANCHEZ	TELEFONO	3177008163
EMAIL	falexis0278@gmail.com	CIUDAD	Bucaramanga
DATOS DEL CLIENTE			
EMPRESA	E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	REPRESENTANTE	DR. HERNAN ZARATE
NIT	800084206-2	DIRECCION	CALLE 12 N 10- 5
TELEFONO		6405757	
EMAIL: GESTIONDOCUMENTALESEISABU@GMAIL.COM			

INFORMACION DEL EQUIPO			
NOMBRE	AUTOCLAVE		
DISTINTIVO	N.A		
INVENTARIO	0239		
MARCA	TUTTNAUER		
MODELO	5075 HSG	SERIE	14110876
CODIGO ECRI	13-746	REGISTRO SANITARIO	RS 2011DM-0008086
DEPENDENCIA	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	SUBDEPENDENCIA	ESTERILIZACIÓN - HLN
SERVICIO	ESTERILIZACIÓN	UBICACION	ESTERILIZACIÓN

Resumen

CONDICIONES GENERALES	
Prueba de funcionamiento inicial	☑
Limpieza integral externa	☑
Limpieza integral interna	☑
Revisión de accesorios	☑
Ajuste de componentes generales	☑

Prueba de funcionamiento general	☑
SISTEMAS DE PRESION	
SISTEMA OPTICO Y DE LABORATORIO	
SISTEMA ELECTRICO Y ELECTRONICO	
Inspección de componentes	☑
Inspección de tarjetas	☑
Inspección de displays	☑
Revisión de panel de control	☑
EQUIPOS DE PRESION Y TEMPERATURA	
Verificación de manómetros	☑
Verificación sensor de temperatura	☑
Verificación de resistencia	☑
Verificación de termostato	☑
EQUIPOS MECANICOS	
DIAGNOSTICO	
MANTENIMIENTO PREVENTIVO PROGRAMADO	
ACTIVIDADES	
SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN EL PROTOCOLO, SE DESMONTAN Y SE LIMPAN ELECTROVALVULAS. QUEDA FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	
OBSERVACIONES	

Equipos Patrones

Nombre	Marca	Modelo	Certificado	Calibracion

Medidas

Parametro	Patron	Equipo	Corrección

Evidencias

Evidencia Antes	Evidencia Despues
	

FIRMA RESPONSABLE	FIRMA CLIENTE
 FREDDY ALEXIS SIERRA SANCHEZ	 JEFE YULISA GARZON ARIZA

ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga	LISTA DE CHEQUEO RONDA DE TECNOVIGILANCIA	FECHA DE ELABORACIÓN: 30-05-2023 FECHA DE ACTUALIZACIÓN 30-05-2023
	CODIGO: BIO-F-033	Página 1 de 1
	VERSION: 1	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina de Calidad

FECHA: 28/01/26	HORA:	SERVICIO: Hospitalización 4to HUN	
JEFE DE SERVICIO: Daniela Becerra Ramirez		FIRMA: Daniela Becerra	
RONDA REALIZADA POR: Jander Diaz		FIRMA: Jander J. Diaz	

VERIFICACIÓN CARRO DE PARO

DATOS DEL DESFIBRILADOR DEL SERVICIO						CUMPLE CON LA DESCARGA Y REGISTRO DIARIO DEL DESFIBRILADOR	
MARCA	Mindray	MODELO:	Beneheart D3	PLACA/SERIE:	E20504 2201	SI	X
						NO	
						SI	
						NO	

VERIFICACIÓN EQUIPOS MEDICOS PRESENTES EN EL SERVICIO

Monitor de signos vitales X — Succionador X — Bomba de infusión ___ — Electrocardiógrafo X — Monitor Fetal ___ — Maquina de anestesia ___ — Ventilador Mecánico ___
Tensiómetro X — Unidad Odontológica ___ — Piezas de Mano (Alta y Baja) ___ — Pulsioxímetro X — Bascula Adulto X
Pesa bebé X — Lampara de fototerapia X — Incubadora ___ — Servocuna ___
Torre de Laparoscopia ___ — Termómetro ___
Termohigrómetro X — Doppler Fetal ___ — Centrifuga ___ — Desfibrilador X
Ecógrafo ___ — Rayos X Fijo ___
Compresor ___ — Electroestimulador ___ — Equipo de Organos X
Lampara Cielitica ___ — Lampara Auxiliar ___ — Lampara Fotocurado ___
Electrocauterio ___ — Microscopio ___ — Manta térmica ___
Laringoscopio X — Rayos X periapical ___ — Autoclave ___

EQUIPOS MÉDICOS DEL SERVICIO

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	¿ Los equipos médicos están instalados correctamente?	X			
2	¿Los equipos médicos se encuentran en buen estado (no deteriorados, golpeados o partidos)?	X			
3	¿El estado de los accesorios es adecuado?	X			
4	¿Presentaron algún reporte de evento adverso ocurrido con equipos médicos?		X		
5	¿Se encontraron eventos ocurridos con equipos médicos que no se hayan reportado?		X		
6	¿Se ha identificado algún riesgo potencial asociado con el uso y/o funcionamiento de equipos médicos?		X		
7	¿Conoce el procedimiento en caso de presentarse un evento asociado al uso, funcionamiento o falla con un equipo médico?	X			
8	¿Considera pertinente realizar alguna capacitación especifica relacionada con algún equipo médico?		X		

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL QUE OPERA LOS EQUIPOS

EQUIPO SOBRE EL QUE SE EVALÚA:	Monitor	MARCA:	DRAGER	MODELO:	Vista 120

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
9	¿Verifica el estado del equipo antes de emplearlo?	X			
10	¿Conoce los accesorios que hacen parte del equipo?	X			
11	¿Sabe instalar correctamente los accesorios?	X			
12	¿Sabe los parámetros que registra el equipo? ¿Cuáles Son?	X			
13	¿Conoce el funcionamiento del equipo?	X			
14	¿Sabe configurar el equipo según el tipo de paciente?	X			
15	¿Sabe configurar las alarmas?	X			
16	¿Verifica que la bateria del equipo está funcionando?	X			
17	¿Sabe realizar el test de prueba del equipo?	X			
18	¿Realiza la limpieza del equipo después de emplearlo?	X			
19	¿Qué es Incidente y un evento adverso?	X			
20	¿Sabe cómo reportar el daño de un equipo médico?	X			
21	¿Sabe como se realiza la notificación de un incidente o evento adverso?	X			

NOMBRE DEL EVALUADO: Daniela Becerra	OBSERVACIONES DEL EVALUADO:
CARGO: Jefe Coordinador	RESULTADO:

OBSERVACIONES DE LOS HALLAZGOS

Desfibrilador con daño en bateria / bateria agotada

ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga	LISTA DE CHEQUEO RONDA DE TECNOVIGILANCIA	FECHA DE ELABORACIÓN: 30-05-2023 FECHA DE ACTUALIZACION:30-05-2023
	CODIGO: BIO-F-033	Página 1 de 1
	VERSION: 1	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina de Calidad

FECHA: 28/01/26	HORA:	SERVICIO: Hospitalización 3er Piso HUN	
JEFE DE SERVICIO: Daniela Becerra Ramirez		FIRMA: Daniela Becerra	
RONDA REALIZADA POR: Jaider Diaz		FIRMA: Jaider J. Diaz J.	

VERIFICACIÓN CARRO DE PARO

DATOS DEL DESFIBRILADOR DEL SERVICIO						CUMPLE CON LA DESCARGA Y REGISTRO DIARIO DEL DESFIBRILADOR	
MARCA	Mindray	MODELO:	BeneHeart D3	PLACA/SERIE:	E2-05092209	SI	X
						NO	
						SI	
						NO	

VERIFICACIÓN EQUIPOS MEDICOS PRESENTES EN EL SERVICIO

Monitor de signos vitales X — Succionador X — Bomba de infusión ___ — Electrocardiógrafo X — Monitor Fetal ___ — Maquina de anestesia ___ — Ventilador Mecánico ___

Tensiómetro X — Unidad Odontológica ___ — Piezas de Mano (Alta y Baja) ___ — Pulsioxímetro X — Bascula Adulto X

Pesa bebé X — Lampara de fototerapia X — Incubadora ___ — Servocuna ___

Torre de Laparoscopia ___ — Termómetro ___

Termohigrómetro X — Doppler Fetal ___ — Centrifuga ___ — Desfibrilador X

Ecógrafo ___ — Rayos X Fijo ___

Compresor ___ — Electroestimulador ___ — Equipo de Organos X

Lampara Cielitica ___ — Lampara Auxiliar ___ — Lampara Fotocurado ___

Electrocauterio ___ — Microscopio ___ — Manta térmica ___

Laringoscopio X — Rayos X periapical ___ — Autoclave ___

EQUIPOS MÉDICOS DEL SERVICIO

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	¿ Los equipos médicos están instalados correctamente?	X			
2	¿Los equipos médicos se encuentran en buen estado (no deteriorados, golpeados o partidos)?	X			
3	¿El estado de los accesorios es adecuado?	X			
4	¿Presentaron algún reporte de evento adverso ocurrido con equipos médicos?		X		
5	¿Se encontraron eventos sucedidos con equipos médicos que no se hayan reportado?		X		
6	¿Se ha identificado algún riesgo potencial asociado con el uso y/o funcionamiento de equipos médicos?		X		
7	¿Conoce el procedimiento en caso de presentarse un evento asociado al uso, funcionamiento o falla con un equipo médico?	X			
8	¿Considera pertinente realizar alguna capacitación específica relacionada con algún equipo médico?		X		

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL QUE OPERA LOS EQUIPOS

EQUIPO SOBRE EL QUE SE EVALÚA:	Monitor	MARCA:	DRAGER	MODELO:	Vista 120S

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
9	¿Verifica el estado del equipo antes de emplearlo?				
10	¿Conoce los accesorios que hacen parte del equipo?				
11	¿Sabe instalar correctamente los accesorios?				
12	¿Sabe los parámetros que registra el equipo? ¿Cuáles Son?				
13	¿Conoce el funcionamiento del equipo?				
14	¿Sabe configurar el equipo según el tipo de paciente?				
15	¿Sabe configurar las alarmas?				
16	¿Verifica que la batería del equipo está funcionando?				
17	¿Sabe realizar el test de prueba del equipo?				
18	¿Realiza la limpieza del equipo después de emplearlo?				
19	¿Qué es incidente y un evento adverso?				
20	¿Sabe cómo reportar el daño de un equipo médico?				
21	¿Sabe como se realiza la notificación de un incidente o evento adverso?				

NOMBRE DEL EVALUADO: Daniela Becerra

CARGO: Jefe coordinadora

OBSERVACIONES DEL EVALUADO:

RESULTADO:

OBSERVACIONES DE LOS HALLAZGOS

ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga	LISTA DE CHEQUEO RONDA DE TECNOVIGILANCIA	FECHA DE ELABORACION: 30-05-2023
		FECHA DE ACTUALIZACION:30-05-2023
	CODIGO: BIO-F-033	Página 1 de 1
	VERSION: 1	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina de Calidad

FECHA: 28/01/26	HORA:	SERVICIO: URGencias HLV
JEFE DE SERVICIO: Leydi Jazmin Rodriguez C.		FIRMA:
RONDA REALIZADA POR: Jader Diaz		FIRMA: Jader J. Diaz

VERIFICACIÓN CARRO DE PARO

DATOS DEL DESFIBRILADOR DEL SERVICIO						CUMPLE CON LA DESCARGA Y REGISTRO DIARIO DEL DESFIBRILADOR	
MARCA	Mindray	MODELO:	BeneHeart D3	PLACA/SERIE:	EZ-0509 2202	SI	X
	Mindray		BeneHeart D3		EZ-0509 2177	NO	
						SI	X
						NO	

VERIFICACIÓN EQUIPOS MEDICOS PRESENTES EN EL SERVICIO

Monitor de signos vitales X — Succionador X — Bomba de infusión ___ — Electrocardiógrafo X — Monitor Fetal ___ — Maquina de anestesia ___ — Ventilador Mecánico ___
Tensiómetro X — Unidad Odontológica ___ — Piezas de Mano (Alta y Baja) ___ — Pulsioxímetro X — Bascula Adulto X
Pesa bebé X — Lampara de fototerapia ___ — Incubadora ___ — Servocuna ___
Torre de Laparoscopia ___ — Termómetro ___
Termohigrómetro X — Doppler Fetal X — Centrifuga ___ — Desfibrilador X
Ecógrafo ___ — Rayos X Fijo ___
Compresor ___ — Electroestimulador ___ — Equipo de Organos X
Lampara Cielitica X — Lampara Auxiliar X — Lampara Fotocurado ___
Electrocauterio ___ — Microscopio ___ — Manta térmica ___
Laringoscopio X — Rayos X periapical ___ — Autoclave ___

EQUIPOS MÉDICOS DEL SERVICIO

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	¿ Los equipos médicos están instalados correctamente?	X			
2	¿Los equipos médicos se encuentran en buen estado (no deteriorados, golpeados o partidos)?	X			
3	¿El estado de los accesorios es adecuado?	X			
4	¿Presentaron algún reporte de evento adverso ocurrido con equipos médicos?		X		
5	¿Se encontraron eventos sucedidos con equipos médicos que no se hayan reportado?		X		
6	¿Se ha identificado algún riesgo potencial asociado con el uso y/o funcionamiento de equipos médicos?		X		
7	¿Conoce el procedimiento en caso de presentarse un evento asociado al uso, funcionamiento o falla con un equipo médico?	X			
8	¿Considera pertinente realizar alguna capacitación específica relacionada con algún equipo médico?		X		

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL QUE OPERA LOS EQUIPOS

EQUIPO SOBRE EL QUE SE EVALÚA:	Electrocardiografo	MARCA:	EDAN	MODELO:	SE-601

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
9	¿Verifica el estado del equipo antes de emplearlo?	X			
10	¿Conoce los accesorios que hacen parte del equipo?	X			
11	¿Sabe instalar correctamente los accesorios?	X			
12	¿Sabe los parámetros que registra el equipo? ¿Cuales Son?	X			
13	¿Conoce el funcionamiento del equipo?	X			
14	¿Sabe configurar el equipo según el tipo de paciente?			X	
15	¿Sabe configurar las alarmas?	X			
16	¿Verifica que la bateria del equipo está funcionando?	X			
17	¿Sabe realizar el test de prueba del equipo?	X			
18	¿Realiza la limpieza del equipo después de empleado?	X			
19	¿Qué es incidente y un evento adverso?	X			
20	¿Sabe como reportar el daño de un equipo médico?	X			
21	¿Sabe como se realiza la notificación de un incidente o evento adverso?	X			

NOMBRE DEL EVALUADO: Leydi J. Rodriguez Caballero — OBSERVACIONES DEL EVALUADO:
CARGO: Enfermera Lider Urgencias — RESULTADO:

OBSERVACIONES DE LOS HALLAZGOS

Ma Cama con baranda dañada, se requiere reparar o Cambiar baranda Completa.

	LISTA DE CHEQUEO RONDA DE TECNOVIGILANCIA	FECHA DE ELABORACION: 30-05-2023
		FECHA DE ACTUALIZACION 30-05-2023
	CODIGO: BIO-F-033	Página 1 de 1
	VERSION: 1	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina de Calidad

FECHA: 28/01/26	HORA:	SERVICIO: Consulta Externa HGN	
JEFE DE SERVICIO: Fernanda Guerrero		FIRMA: Fernanda	
RONDA REALIZADA POR: Jaider Diaz		FIRMA: Jaider J. Diaz	

VERIFICACIÓN CARRO DE PARO

DATOS DEL DESFIBRILADOR DEL SERVICIO						CUMPLE CON LA DESCARGA Y REGISTRO DIARIO DEL DESFIBRILADOR	
MARCA		MODELO:		PLACA/SERIE:		SI	
						NO	
						SI	
						NO	

VERIFICACIÓN EQUIPOS MEDICOS PRESENTES EN EL SERVICIO

Monitor de signos vitales ___ Succionador ___ Bomba de infusión ___ Electrocardiógrafo
X Monitor Fetal ___ Maquina de anestesia ___ Ventilador Mecánico ___
Tensiómetro___ Unidad Odontológica___ Piezas de Mano (Alta y Baja) ___ Pulsioxímetro
X Bascula Adulto X
Pesa bebé X Lampara de fototerapia ___ Incubadora ___ Servocuna ___
Torre de Laparoscopia ___ Termómetro ___
Termohigrómetro X Doppler Fetal X Centrifuga ___ Desfibrilador ___
Ecógrafo ___ Rayos X Fijo ___
Compresor ___ Electroestimulador ___ Equipo de Organos X
Lampara Cielitica ___ Lampara Auxiliar X Lampara Fotocurado ___
Electrocauterio ___ Microscopio ___ Manta térmica ___
Laringoscopio X Rayos X periapical ___ Autoclave___

EQUIPOS MÉDICOS DEL SERVICIO

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	¿ Los equipos médicos están instalados correctamente?	X			
2	¿Los equipos médicos se encuentran en buen estado (no deteriorados, golpeados o partidos)?	X			
3	¿El estado de los accesorios es adecuado?	X			
4	¿Presentaron algún reporte de evento adverso ocurrido con equipos médicos?		X		
5	¿Se encontraron eventos sucedidos con equipos médicos que no se hayan reportado?		X		
6	¿Se ha identificado algún riesgo potencial asociado con el uso y/o funcionamiento de equipos médicos?		X		
7	¿Conoce el procedimiento en caso de presentarse un evento asociado al uso, funcionamiento o falla con un equipo médico?	X			
8	¿Considera pertinente realizar alguna capacitación especifica relacionada con algún equipo médico?		X		

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL QUE OPERA LOS EQUIPOS

EQUIPO SOBRE EL QUE SE EVALÚA:	Electrocardiografo	MARCA:	Welch Allyn	MODELO:	CP50

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
9	¿Verifica el estado del equipo antes de emplearlo?	X			
10	¿Conoce los accesorios que hacen parte del equipo?	X			
11	¿Sabe instalar correctamente los accesorios?	X			
12	¿Sabe los parámetros que registra el equipo? ¿Cuáles Son?	X			
13	¿Conoce el funcionamiento del equipo?	X			
14	¿Sabe configurar el equipo según el tipo de paciente?			X	
15	¿Sabe configurar las alarmas?	X			
16	¿Verifica que la bateria del equipo está funcionando?	X			
17	¿Sabe realizar el test de prueba del equipo?	X			
18	¿Realiza la limpieza del equipo después de emplearlo?	X			
19	¿Qué es incidente y un evento adverso?	X			
20	¿Sabe cómo reportar el daño de un equipo médico?	X			
21	¿Sabe como se realiza la notificación de un incidente o evento adverso?	X			

NOMBRE DEL EVALUADO: Fernanda Guerrero	OBSERVACIONES DEL EVALUADO:
CARGO: Enfermera líder	RESULTADO:

OBSERVACIONES DE LOS HALLAZGOS

ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga	LISTA DE CHEQUEO RONDA DE TECNOVIGILANCIA	FECHA DE ELABORACION: 30-05-2023 FECHA DE ACTUALIZACION:30-05-2023
	CODIGO: BIO-F-033	Página 1 de 1
	VERSION: 1	REVISO Y APROBO: Jefe Oficina de Calidad

FECHA: 29/01/26	HORA:	SERVICIO: Cx-Partos - HLN	
JEFE DE SERVICIO: Erika Tohara ESTUPIÑAN		FIRMA:	
RONDA REALIZADA POR: Jander Diaz		FIRMA: Jander J. Diaz D.	

VERIFICACIÓN CARRO DE PARO

DATOS DEL DESFIBRILADOR DEL SERVICIO						CUMPLE CON LA DESCARGA Y REGISTRO DIARIO DEL DESFIBRILADOR	
MARCA	Mindray	MODELO:	BeneHeart D3	PLACA/SERIE:	E3-0C051033	SI	
						NO	
						SI	
						NO	

VERIFICACIÓN EQUIPOS MEDICOS PRESENTES EN EL SERVICIO

Monitor de signos vitales X — Succionador X — Bomba de infusión ___ — Electrocardiógrafo ___ — Monitor Fetal X — Maquina de anestesia ___ — Ventilador Mecánico ___

Tensiómetro ___ — Unidad Odontológica ___ — Piezas de Mano (Alta y Baja) ___ — Pulsioxímetro X — Bascula Adulto X

Pesa bebé X — Lampara de fototerapia ___ — Incubadora X — Servocuna ___ — Torre de Laparoscopia ___ — Termómetro ___

Termohigrómetro X — Doppler Fetal X — Centrifuga ___ — Desfibrilador X — Ecógrafo X — Rayos X Fijo ___

Compresor ___ — Electroestimulador ___ — Equipo de Organos X

Lampara Cielitica X — Lampara Auxiliar X — Lampara Fotocurado ___

Electrocauterio ___ — Microscopio ___ — Manta térmica X

Laringoscopio X — Rayos X periapical ___ — Autoclave ___

EQUIPOS MÉDICOS DEL SERVICIO

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	¿ Los equipos médicos están instalados correctamente?	X			
2	¿Los equipos médicos se encuentran en buen estado (no deteriorados, golpeados o partidos)?	X			
3	¿El estado de los accesorios es adecuado?	X			
4	¿Presentaron algún reporte de evento adverso ocurrido con equipos médicos?		X		
5	¿Se encontraron eventos suscitados con equipos médicos que no se hayan reportado?		X		
6	¿Se ha identificado algún riesgo potencial asociado con el uso y/o funcionamiento de equipos médicos?		X		
7	¿Conoce el procedimiento en caso de presentarse un evento asociado al uso, funcionamiento o falla con un equipo médico?	X			
8	¿Considera pertinente realizar alguna capacitación especifica relacionada con algun equipo médico?		X		

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL QUE OPERA LOS EQUIPOS

EQUIPO SOBRE EL QUE SE EVALÚA:	Monitor Fetal	MARCA:	Huntleigh	MODELO:	BD9000 X3-2

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
9	¿Verifica el estado del equipo antes de emplearlo?	X			
10	¿Conoce los accesorios que hacen parte del equipo?	X			
11	¿Sabe instalar correctamente los accesorios?	X			
12	¿Sabe los parametros que registra el equipo? ¿Cuáles Son?	X			
13	¿Conoce el funcionamiento del equipo?	X			
14	¿Sabe configurar el equipo según el tipo de paciente?			X	
15	¿Sabe configurar las alarmas?	X			
16	¿Verifica que la batería del equipo está funcionando?	X			
17	¿Sabe realizar el test de prueba del equipo?	X			
18	¿Realiza la limpieza del equipo después de emplearlo?	X			
19	¿Qué es incidente y un evento adverso?	X			
20	¿Sabe cómo reportar el daño de un equipo médico?	X			
21	¿Sabe como se realiza la notificación de un incidente o evento adverso?	X			

NOMBRE DEL EVALUADO: Erika Estupiñan — OBSERVACIONES DEL EVALUADO:

CARGO: Auxiliar Enfermería — RESULTADO:

OBSERVACIONES DE LOS HALLAZGOS

Monitor Fetal marca Huntleigh con inventario ISABU- 00821 requiere Cambio de toco

ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga	LISTA DE CHEQUEO RONDA DE TECNOVIGILANCIA	FECHA DE ELABORACION: 30-05-2023 FECHA DE ACTUALIZACION 30-05-2023
	CODIGO: BIO-F-033	Página 1 de 1
	VERSION: 1	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina de Calidad

FECHA: 28/01/26	HORA:	SERVICIO: CX - HGN	
JEFE DE SERVICIO: Yulisa Garzón Aviza		FIRMA: Yulisa Garzón A.	
RONDA REALIZADA POR: Jander Diaz		FIRMA: Jander J. Diaz C.	

VERIFICACIÓN CARRO DE PARO

DATOS DEL DESFIBRILADOR DEL SERVICIO						CUMPLE CON LA DESCARGA Y REGISTRO DIARIO DEL DESFIBRILADOR	
MARCA	Mindray	MODELO:	BeneHeart D3	PLACA/SERIE:	G20509 2193	SI	X
	Mindray		BeneHeart D3			NO	
						SI	
						NO	

VERIFICACIÓN EQUIPOS MEDICOS PRESENTES EN EL SERVICIO

Monitor de signos vitales X — Succionador X — Bomba de infusión ___ — Electrocardiógrafo X — Monitor Fetal ___ — Maquina de anestesia X — Ventilador Mecánico ___

Tensiómetro ___ — Unidad Odontológica ___ — Piezas de Mano (Alta y Baja) ___ — Pulsioxímetro X — Bascula Adulto X

Pesa bebé ___ — Lampara de fototerapia ___ — Incubadora ___ — Servocuna ___

Torre de Laparoscopia ___ — Termómetro ___

Termohigrómetro X — Doppler Fetal X — Centrifuga ___ — Desfibrilador X

Ecógrafo ___ — Rayos X Fijo ___

Compresor ___ — Electroestimulador ___ — Equipo de Organos ___

Lampara Cielitica X — Lampara Auxiliar ___ — Lampara Fotocurado ___

Electrocauterio ___ — Microscopio ___ — Manta térmica X

Laringoscopio X — Rayos X periapical X — Autoclave X

EQUIPOS MÉDICOS DEL SERVICIO

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	¿ Los equipos médicos están instalados correctamente?	X			
2	¿Los equipos médicos se encuentran en buen estado (no deteriorados, golpeados o partidos)?	X			
3	¿El estado de los accesorios es adecuado?	X			
4	¿Presentaron algún reporte de evento adverso ocurrido con equipos médicos?		X		
5	¿Se encontraron eventos ocurridos con equipos médicos que no se hayan reportado?		X		
6	¿Se ha identificado algún riesgo potencial asociado con el uso y/o funcionamiento de equipos médicos?		X		
7	¿Conoce el procedimiento en caso de presentarse un evento asociado al uso, funcionamiento o falla con un equipo médico?	X			
8	¿Considera pertinente realizar alguna capacitación específica relacionada con algún equipo médico?		X		

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL QUE OPERA LOS EQUIPOS

EQUIPO SOBRE EL QUE SE EVALÚA:	Succionador	MARCA:	Smar	MODELO:	SxT-5A

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
9	¿Verifica el estado del equipo antes de emplearlo?	X			
10	¿Conoce los accesorios que hacen parte del equipo?	X			
11	¿Sabe instalar correctamente los accesorios?	X			
12	¿Sabe los parámetros que registra el equipo? ¿Cuales Son?	X			
13	¿Conoce el funcionamiento del equipo?	X			
14	¿Sabe configurar el equipo según el tipo de paciente?			X	
15	¿Sabe configurar las alarmas?			X	
16	¿Verifica que la batería del equipo está funcionando?			X	
17	¿Sabe realizar el test de prueba del equipo?	X			
18	¿Realiza la limpieza del equipo después de emplearlo?	X			
19	¿Qué es incidente y un evento adverso?	X			
20	¿Sabe cómo reportar el daño de un equipo médico?	X			
21	¿Sabe como se realiza la notificación de un incidente o evento adverso?	X			

NOMBRE DEL EVALUADO: Yulisa Garzon Aviza — OBSERVACIONES DEL EVALUADO:

CARGO: Enfermera Lider Cirugia. — RESULTADO:

OBSERVACIONES DE LOS HALLAZGOS

E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga	LISTA DE CHEQUEO RONDA DE TECNOVIGILANCIA	FECHA DE ELABORACION: 30-05-2023
		FECHA DE ACTUALIZACION 30-05-2023
	CODIGO: BIO-F-033	Página 1 de 1
	VERSION: 1	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina de Calidad

FECHA: 28/01/26	HORA:	SERVICIO: Hospitalización UTMIST	
JEFE DE SERVICIO: Camila Luna		FIRMA: Camila	
RONDA REALIZADA POR: Jader Diaz		FIRMA: Jader Diaz	

VERIFICACIÓN CARRO DE PARO

DATOS DEL DESFIBRILADOR DEL SERVICIO						CUMPLE CON LA DESCARGA Y REGISTRO DIARIO DEL DESFIBRILADOR	
MARCA	Mindray	MODELO:	Beneheart D3	PLACA/SERIE:	EZ-0605103G	SI	X
						NO	
						SI	
						NO	

VERIFICACIÓN EQUIPOS MEDICOS PRESENTES EN EL SERVICIO

Monitor de signos vitales X — Succionador X — Bomba de infusión ___ — Electrocardiógrafo ___
Monitor Fetal ___ — Maquina de anestesia ___ — Ventilador Mecánico ___
Tensiómetro X — Unidad Odontológica ___ — Piezas de Mano (Alta y Baja) ___ — Pulsioxímetro X
Bascula Adulto X
Pesa bebé X — Lampara de fototerapia ___ — Incubadora ___ — Servocuna ___
Torre de Laparoscopia ___ — Termómetro X
Termohigrómetro X — Doppler Fetal ___ — Centrifuga ___ — Desfibrilador X
Ecógrafo ___ — Rayos X Fijo ___
Compresor ___ — Electroestimulador ___ — Equipo de Organos ___
Lampara Cielitica ___ — Lampara Auxiliar X — Lampara Fotocurado ___
Electrocauterio ___ — Microscopio ___ — Manta térmica ___
Laringoscopio X — Rayos X periapical ___ — Autoclave ___

EQUIPOS MÉDICOS DEL SERVICIO

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	¿ Los equipos médicos están instalados correctamente?	X			
2	¿Los equipos médicos se encuentran en buen estado (no deteriorados, golpeados o partidos)?	X			
3	¿El estado de los accesorios es adecuado?	X	X		
4	¿Presentaron algún reporte de evento adverso ocurrido con equipos médicos?		X		
5	¿Se encontraron eventos sucedidos con equipos médicos que no se hayan reportado?		X		
6	¿Se ha identificado algún riesgo potencial asociado con el uso y/o funcionamiento de equipos médicos?		X		
7	¿Conoce el procedimiento en caso de presentarse un evento asociado al uso, funcionamiento o falla con un equipo médico?	X			
8	¿Considera pertinente realizar alguna capacitación especifica relacionada con algún equipo médico?		X		

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL QUE OPERA LOS EQUIPOS

EQUIPO SOBRE EL QUE SE EVALÚA:	Monitor	MARCA:	EDAN	MODELO:	Im8

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
9	¿Verifica el estado del equipo antes de emplearlo?	X			
10	¿Conoce los accesorios que hacen parte del equipo?	X			
11	¿Sabe instalar correctamente los accesorios?	X			
12	¿Sabe los parámetros que registra el equipo? ¿Cuáles Son?	X			
13	¿Conoce el funcionamiento del equipo?	X			
14	¿Sabe configurar el equipo según el tipo de paciente?	X			
15	¿Sabe configurar las alarmas?	X			
16	¿Verifica que la batería del equipo está funcionando?	X			
17	¿Sabe realizar el test de prueba del equipo?	X			
18	¿Realiza la limpieza del equipo después de emplearlo?	X			
19	¿Qué es incidente y un evento adverso?	X			
20	¿Sabe cómo reportar el daño de un equipo médico?	X			
21	¿Sabe como se realiza la notificación de un incidente o evento adverso?	X			

NOMBRE DEL EVALUADO: Camila Luna
CARGO: Enfermera
OBSERVACIONES DEL EVALUADO:
RESULTADO:

OBSERVACIONES DE LOS HALLAZGOS

Monitor EDAN Im8 Con inventario 02230 con bateria dañada
Monitor Nihon Kohden Con inventario, Serie 0115553 con bateria dañada

ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga	LISTA DE CHEQUEO RONDA DE TECNOVIGILANCIA	FECHA DE ELABORACION: 30-05-2023 FECHA DE ACTUALIZACION: 30-05-2023
	CODIGO: BIO-F-033	Página 1 de 1
	VERSION: 1	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina de Calidad

FECHA: 28/01/26	HORA:	SERVICIO: Consulta Externa UTmisT	
JEFE DE SERVICIO: Noemi Galvan		FIRMA: Noemi Galvan G	
RONDA REALIZADA POR: Jander Diaz		FIRMA: Jander Diaz	

VERIFICACIÓN CARRO DE PARO

DATOS DEL DESFIBRILADOR DEL SERVICIO						CUMPLE CON LA DESCARGA Y REGISTRO DIARIO DEL DESFIBRILADOR	
MARCA		MODELO:		PLACA/SERIE:		SI	
						NO	
						SI	
						NO	

VERIFICACIÓN EQUIPOS MEDICOS PRESENTES EN EL SERVICIO

Monitor de signos vitales X — Succionador ___ — Bomba de infusión ___ — Electrocardiógrafo X — Monitor Fetal ___ — Maquina de anestesia ___ — Ventilador Mecánico ___ — Tensiómetro X — Unidad Odontológica ___ — Piezas de Mano (Alta y Baja) ___ — Pulsioxímetro X — Bascula Adulto X — Pesa bebé X — Lampara de fototerapia ___ — Incubadora ___ — Servocuna ___ — Torre de Laparoscopia ___ — Termómetro ___ — Termohigrómetro X — Doppler Fetal X — Centrifuga ___ — Desfibrilador ___ — Ecógrafo ___ — Rayos X Fijo ___ — Compresor ___ — Electroestimulador ___ — Equipo de Organos X — Lampara Cielitica ___ — Lampara Auxiliar X — Lampara Fotocurado ___ — Electrocauterio ___ — Microscopio ___ — Manta térmica ___ — Laringoscopio X — Rayos X periapical ___ — Autoclave ___

EQUIPOS MÉDICOS DEL SERVICIO

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	¿ Los equipos médicos están instalados correctamente?	X			
2	¿Los equipos médicos se encuentran en buen estado (no deteriorados, golpeados o partidos)?	X			
3	¿El estado de los accesorios es adecuado?	X			
4	¿Presentaron algún reporte de evento adverso ocurrido con equipos médicos?		X		
5	¿Se encontraron eventos sucedidos con equipos médicos que no se hayan reportado?		X		
6	¿Se ha identificado algún riesgo potencial asociado con el uso y/o funcionamiento de equipos médicos?		X		
7	¿Conoce el procedimiento en caso de presentarse un evento asociado al uso, funcionamiento o falla con un equipo médico?	X			
8	¿Considera pertinente realizar alguna capacitación especifica relacionada con algún equipo médico?		X		

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL QUE OPERA LOS EQUIPOS

EQUIPO SOBRE EL QUE SE EVALÚA:	Electrocardiografo	MARCA:	Welch Allyn	MODELO:	CP50AP

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
9	¿Verifica el estado del equipo antes de emplearlo?	X			
10	¿Conoce los accesorios que hacen parte del equipo?	X			
11	¿Sabe instalar correctamente los accesorios?	X			
12	¿Sabe los parámetros que registra el equipo? ¿Cuáles Son?	X			
13	¿Conoce el funcionamiento del equipo?	X			
14	¿Sabe configurar el equipo según el tipo de paciente?			X	
15	¿Sabe configurar las alarmas?	X			
16	¿Verifica que la batería del equipo está funcionando?	X			
17	¿Sabe realizar el test de prueba del equipo?	X			
18	¿Realiza la limpieza del equipo después de emplearlo?	X			
19	¿Qué es incidente y un evento adverso?	X			
20	¿Sabe cómo reportar el daño de un equipo médico?	X			
21	¿Sabe como se realiza la notificación de un incidente o evento adverso?	X			

NOMBRE DEL EVALUADO: Noemi Galvan	OBSERVACIONES DEL EVALUADO:
CARGO: Auxiliar Enfermeria	RESULTADO:

OBSERVACIONES DE LOS HALLAZGOS

Brazalete de 2 vias a tensiometro de pared Lan Serial 0896198986

ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga	LISTA DE CHEQUEO RONDA DE TECNOVIGILANCIA	FECHA DE ELABORACION: 30-05-2023 FECHA DE ACTUALIZACION 30-05-2023
	CODIGO: BIO-F-033	Página 1 de 1
	VERSION: 1	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina de Calidad

FECHA: 28/01/26	HORA:	SERVICIO: URGencias UCIMIS	
JEFE DE SERVICIO: Camila Luna		FIRMA: Camila L	
RONDA REALIZADA POR: Jander Diaz		FIRMA: Jander J. Diaz	

VERIFICACIÓN CARRO DE PARO

DATOS DEL DESFIBRILADOR DEL SERVICIO						CUMPLE CON LA DESCARGA Y REGISTRO DIARIO DEL DESFIBRILADOR	
MARCA	Nihon Kohden	MODELO:	TEC-5531E	PLACA/SERIE:	03607	SI	X
						NO	
						SI	
						NO	

VERIFICACIÓN EQUIPOS MEDICOS PRESENTES EN EL SERVICIO

Monitor de signos vitales X — Succionador X — Bomba de infusión ___ — Electrocardiógrafo X — Monitor Fetal ___ — Maquina de anestesia ___ — Ventilador Mecánico ___
Tensiómetro X — Unidad Odontológica ___ — Piezas de Mano (Alta y Baja) ___ — Pulsioxímetro ___ — Bascula Adulto X
Pesa bebé X — Lampara de fototerapia ___ — Incubadora ___ — Servocuna ___
Torre de Laparoscopia ___ — Termómetro ___
Termohigrómetro X — Doppler Fetal X — Centrifuga ___ — Desfibrilador X
Ecógrafo ___ — Rayos X Fijo ___
Compresor ___ — Electroestimulador ___ — Equipo de Organos X
Lampara Cielitica ___ — Lampara Auxiliar X — Lampara Fotocurado ___
Electrocauterio ___ — Microscopio ___ — Manta térmica ___
Laringoscopio X — Rayos X periapical ___ — Autoclave ___

EQUIPOS MÉDICOS DEL SERVICIO

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	¿ Los equipos médicos están instalados correctamente?	X			
2	¿Los equipos médicos se encuentran en buen estado (no deteriorados, golpeados o partidos)?	X			
3	¿El estado de los accesorios es adecuado?	X			
4	¿Presentaron algún reporte de evento adverso ocurrido con equipos médicos?		X		
5	¿Se encontraron eventos sucedidos con equipos médicos que no se hayan reportado?		X		
6	¿Se ha identificado algún riesgo potencial asociado con el uso y/o funcionamiento de equipos médicos?		X		
7	¿Conoce el procedimiento en caso de presentarse un evento asociado al uso, funcionamiento o falla con un equipo médico?	X			
8	¿Considera pertinente realizar alguna capacitación específica relacionada con algún equipo médico?		X		

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL QUE OPERA LOS EQUIPOS

EQUIPO SOBRE EL QUE SE EVALÚA:	Electrocardiog	MARCA:	General electric	MODELO:	MacGoo

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
9	¿Verifica el estado del equipo antes de emplearlo?	X			
10	¿Conoce los accesorios que hacen parte del equipo?	X			
11	¿Sabe instalar correctamente los accesorios?	X			
12	¿Sabe los parámetros que registra el equipo? ¿Cuáles Son?	X			
13	¿Conoce el funcionamiento del equipo?	X			
14	¿Sabe configurar el equipo según el tipo de paciente?			X	
15	¿Sabe configurar las alarmas?	X			
16	¿Verifica que la batería del equipo esta funcionando?	X			
17	¿Sabe realizar el test de prueba del equipo?	X			
18	¿Realiza la limpieza del equipo después de empleado?	X			
19	¿Qué es incidente y un evento adverso?	X			
20	¿Sabe cómo reportar el daño de un equipo médico?	X			
21	¿Sabe como se realiza la notificación de un incidente o evento adverso?	X			

NOMBRE DEL EVALUADO: Camila Luna — OBSERVACIONES DEL EVALUADO:
CARGO: Enfermera — RESULTADO:

OBSERVACIONES DE LOS HALLAZGOS

inbiomecs	**E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA**	
	FORMATO DE ACTA	**RT-SGI-03**
		VERSION:02 / **FECHA ENERO/2022**

ISABU e.s.e	**ACTA N.° 1**	
	Fecha: 28/01/2026	
	LUGAR: Hospital Local del Norte	Hora: 07:00 AM
SERVICIO:	Cirugía	
ASUNTO:	Capacitación en el uso de Maquina de anestesia.	

ASISTENTES	**Cargo**
- SE ADJUNTA REGISTRO DE ASISTENCIA	- Jefe de enfermería - Medicos - Auxiliar de enfermería

TEMAS A TRATAR

- ✓ Descripción general y uso de los equipos
- ✓ Limpieza y desinfección de los equipos
- ✓ Riesgos y posibles eventos con los equipos

RESUMEN DE LOS TEMAS TRATADOS-DECISIONES Y CONCLUSIONES

• Propósito de la reunión.
El propósito de la capacitación es que el personal comprenda todo lo referente al equipo, así como el buen cuidado, limpieza y correcto manejo del equipo
• Descripción del procedimiento.
Se procede a pasar lista de asistencia, se describe todo el equipo y sus partes, el proceso de limpieza y desinfección y la importancia de mantener los equipos en buen estado, además se explican todos los riesgos del mal uso del equipo y reportes de incidentes o eventos adversos.
• Importancia de la capacitación.
Es necesario que el personal haga buen uso del equipo, realicen una adecuada limpieza y desinfección, y puedan identificar todos los posibles riesgos, con el fin de mantener la vida útil del equipo y evitar incidentes o eventos adversos.
• Finalmente, se abre un espacio para debatir el tema y contestar preguntas y dudas pertinente al tema.

ANEXOS:

• REGISTRO DE ASISTENCIA
• EVALUACION
• EVIDENCIA FOTOGRAFICA

REGISTRO DE ASISTENCIA

inbiomecs	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD GESTION DEL TALENTO HUMANO	CODIGO: FOR-GTH-02
		VERSION: 02
	CONTROL DE ASISTENCIA	FECHA: 17-06-2025

FECHA 28/01/2026 TEMA: Maquina de anestesia Dirigido por: Edzon Toloza PROCESO

LUGAR HLN- Cirugia CAPACITACION X REUNION ___ INDUCCION ___ REINDUCCION ___ ¿OTROS? ___

¿Cuál? ___

Al diligenciar este documento autorizo de manera previa, expresa e inequivoca a **INBIOMECS SAS** con **NIT: 901,126,715-8** a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades de nuestra politica de tratamiento de información publicada en **www.inbiomecs.co** y en la carrera 17 Número 52-31, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	PROCESO	CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL	FIRMA
Eddy Cristina Lozano	Aux. Enfermeria	Cirugia	cirugia.hln@gmail.com	
Camilo Galvis	Aux. Enferme	Cirugia	Cirugiahln@gmail.com	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
Natalia Reyes Herrero	Aux Enfermeria	Cirugia	cirugiahln@gmail.com	Natalia Reyes Herrero.
Kathenn Lizeth Astudillo	Aux Enfermeria.	Cirugia.	Kteastu123@gmail.com	
David Parada G.	Aux. Enfermeria	Cirugia	Cdavidparada.r@gmail.com	
Maria Ruda Colmenares	Aux. Enfermeria	Cirugia.	[illegible]	

inbiomecs Servicio con calidad y responsabilidad

FORMATO UNICO CONTROL ASISTENCIA

FECHA 28/01/2026 TEMA: Maquina de anestesia Dirigido por: Edzon Toloza DEPENDENCIA

LUGAR HLN- Cirugia CAPACITACION X REUNION ☐ INDUCCION ☐ REINDUCCION ☐ ¿OTROS? ☐

¿Cuál? ___

Al diligenciar este documento autorizo de manera previa, expresa e inequivoca a **INBIOMECS SAS** con **NIT: 901,126,715-8** a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades de nuestra politica de tratamiento de información publicada en **www.inbiomecs.co** y en la calle 56 14 38, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL	FIRMA
Yuley Andrea Espinosa	Aux. Enfermeria	Cirugía		
Miguel Arroyo	Aux Enfermeria	CX		

EVALUACIONES

inbiomecs	FORMATO DE EVALUACIÓN	Código: FE2018 Versión: 01 Página: 1 de 1

Institución: Hospital Local del Norte Fecha: 28/01/26

Nombre de la capacitación: Maquina de anestesia

Nombre del asistente: Eddy Lozano Cargo: Aux. Enfermería

Nombre capacitador: Edna Toloza

TEST DE CAPACITACIÓN

Responda las siguientes preguntas, de acuerdo al tema de capacitación.

1. Mencione 3 partes del equipo.
   - Vaporizador - pantalla - Vaporometros, Filtro narcotico
2. Según las recomendaciones del fabricante como debe desarrollarse la limpieza y desinfección del equipo.
   - con compresa humeda con madeca-1
   - Punitos humedos desinfectantes
3. Mencione dos precauciones que deba tenerse al momento de utilizar el equipo con el paciente.
   - Realizar pruebas al equipo
   - Que la zona cuastica este color adecuado
4. Describa la puesta en marcha del equipo.
   - Prenderlo verificando los 2 botones
   - Realizar Pruebas
5. Mencione los pasos para reportar un evento o incidente adverso asociado al uso del equipo
   - Avisar Jefe inmediato
   - Hacer Reporte

Califique la capacitación de 1 a 4

Totalmente satisfecho	4	Medianamente satisfecho	2
Satisfecho	3	Poco satisfecho	1

Organización de la capacitación	4
Metodología utilizada por el conferencista	4
Calidad del material utilizado	4
Dominio del tema por parte del conferencista	4
El tiempo empleado fue suficiente	4
La capacitación brindó herramientas para su vida laboral	4

Observaciones: _____

inbiomecs	FORMATO DE EVALUACIÓN	Código: FE2018 Versión: 01 Página: 1 de 1

Institución: HLN Fecha: 29-12-22

Nombre de la capacitación: Maquina de anestesia

Nombre del asistente: Miguel Cargo: Aux Enferm

Nombre capacitador: Edizon Toloza

TEST DE CAPACITACIÓN

Responda las siguientes preguntas, de acuerdo al tema de capacitación.

1. Mencione 3 partes del equipo.
   Filtro Narcotico, Pantalla, Vaporizacion
2. Según las recomendaciones del fabricante como debe desarrollarse la limpieza y desinfección del equipo.
   compresa impregnada Madazol
3. Mencione dos precauciones que deba tenerse al momento de utilizar el equipo con el paciente.
   Verificar esta cerrado las Valvulas
   Verificar la soda Cristica
4. Describa la puesta en marcha del equipo.
   Encendido – prueva de maquina de Anestesia
5. Mencione los pasos para reportar un evento o incidente adverso asociado al uso del equipo
   informar el jefe inmediato, hacer video de la maquina Anestesia

Califique la capacitación de 1 a 4

Totalmente satisfecho	4	Medianamente satisfecho	2
Satisfecho	3	Poco satisfecho	1

Organización de la capacitación	
Metodología utilizada por el conferencista	
Calidad del material utilizado	
Dominio del tema por parte del conferencista	
El tiempo empleado fue suficiente	
La capacitación brindó herramientas para su vida laboral	

Observaciones:

REGISTRO FOTOGRAFICO





RESPONSABLE	PERSONAL ASISTENCIAL
COMPROMISO	Hacer buen uso del equipo y realizar una correcta limpieza y desinfección cuando el caso lo requiera.