**EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINACIERO Y LAS INGENIERAS DE APOYO A LA SUPERVISION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

**CERTIFICAN:**

Que los elementos relacionados en la factura N°FE130 Con fecha de 22-08-2025.

| DESCRIPCION | UND | CANT |
|---|---|---|
| Prefiltros Merv 12x12x2 | und | 9 |
| Refrigerante R410 | kg | 11 |
| Refrigerante R507 | kg | 20 |
| Compresor embraco 110V-R134 | und | 1 |
| Filtro secador hercules | und | 2 |
| Valvulas de servicio 1/4 | und | 2 |
| Varilla de soldadura | und | 7 |
| Refrigerante R134 | und | 1,5 |
| Lija tela | und | 1 |
| Pistola de aire | und | 1 |
| Manguera 6x4x10 mt | und | 1 |
| Racor recto de 6*1/4 | und | 1 |
| Bomba de condensado Maxi-Orange | und | 1 |
| Bateria AAA | und | 17 |
| Termohigrometro digital | und | 5 |
| Motor 670 110V | und | 1 |
| Breaker de 40A | und | 1 |
| Tarjeta universal | und | 2 |
| Refrigerante R22 | kg | 2 |
| Manguera de desagüe | und | 7 |
| Reloj medidor | und | 1 |
| Bateria LR-44 | und | 10 |
| Lampara hermetica 2x18W | und | 1 |
| Pulsador verde base metalica | und | 1 |
| O-ring | und | 6 |
| Empaque universal de nitrilo | und | 4 |
| Cinta vinilo | und | 10 |
| Rubatex 5/8 | und | 2 |
| Cinta foam | und | 3 |
| Cinta aislante | und | 1 |
| Control Aire acondicionado mirage | und | 1 |
| Acople CHEMETRON oxigeno | und | 1 |
| Acople AGGA oxigeno | und | 2 |
| Carro porta cilindro de 1m3 | und | 2 |
| Baterias 8D1600-AMP-12V | und | 2 |

| | | |
|---|---|---|
| Capacitor de 15 mf | und | 1 |
| Termico de 1/3 | und | 1 |
| Timer 1432 | und | 1 |
| Fusibles | und | 2 |
| Pilas 23A | und | 2 |
| Timbre inalambrico | und | 1 |
| Diodo variador | und | 1 |
| Resistencia de precision 15Ω | Und | 1 |
| Termometro digital | und | 1 |
| Aspa motor plastica de 10" | und | 1 |

Fueron recibidos en cantidad, valor, calidad y oportunidad a lo establecido en el CTO. 066 de 2025 suscrito con INFUSO INGENIERIA S.A.S. **RP** 501 **CDP** 238 correspondientes.

En Bucaramanga, a los veintiséis días (26) días del mes de julio de 2025.

**VLADIMIR LOPEZ BARON**
Subgerente Administrativo y Financiero
Supervisor

**CRISTIAN DANILO HERNANDEZ FIGUEROA**
Ingeniero Civil de apoyo a la gerencia ESE HUS
Apoyo Técnico a Supervisión

**IVAN EDUARDO TORRES CHINCHILLA**
Ingeniero electricista
Apoyo Técnico

**HENRY ALFONSO CENTENO CENTENO**
Ingeniero Mecánico
Apoyo Técnico

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ALMACÉN
FECHA: 26/08/25 HORA: 10:38 AM
FIRMA RECIBIDO: Angie Lopez

**INFUSO INGENIERIA SAS**
NIT 901.378.311-7
CRA 4 47 19
Tel: (316) 6776057
Floridablanca - Colombia
infusosas@gmail.com

# Factura electrónica de venta
**No. FE 130**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Señores** | HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER | | | **Fecha y hora Factura** | |
| **NIT** | 900.006.037-4 | **Teléfono** | (607) 6912010 - Ext. 000 | **Generación** | 22/08/2025, 15:23 |
| **Dirección** | Carrera 33 # 28-126 | **Ciudad** | Bucaramanga - Colombia | **Expedición** | 22/08/2025, 15:23 |
| | | | | **Vencimiento** | 06/09/2025 |

| Ítem | Descripción | Unidad de medida | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Bruto | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Prefiltros Merv 12x12x2 | Unidad | 9.00 | 59,000.00 | 531,000.00 | 631,890.00 |
| 2 | Refrigerante R410 | Unidad | 11.00 | 97,290.00 | 1,070,190.00 | 1,273,526.10 |
| 3 | Refrigerante R507 | Unidad | 20.00 | 46,902.00 | 938,040.00 | 1,116,267.60 |
| 4 | Compresor embraco 110V-R134 | Unidad | 1.00 | 550,000.00 | 550,000.00 | 654,500.00 |
| 5 | Filtro secador hercules | Unidad | 2.00 | 18,500.00 | 37,000.00 | 44,030.00 |
| 6 | Valvulas de servicio 1/4 | Unidad | 2.00 | 2,858.00 | 5,716.00 | 6,802.04 |
| 7 | Varilla de soldadura | Unidad | 7.00 | 15,194.00 | 106,358.00 | 126,566.02 |
| 8 | Refrigerante R134 | Unidad | 1.50 | 55,863.00 | 83,794.50 | 99,715.46 |
| 9 | Lija tela | Unidad | 1.00 | 91,800.00 | 91,800.00 | 109,242.00 |
| 10 | Pistola de aire | Unidad | 1.00 | 65,000.00 | 65,000.00 | 77,350.00 |
| 11 | Manguera 6x4x10 mt | Unidad | 1.00 | 74,000.00 | 74,000.00 | 88,060.00 |
| 12 | Racor recto de 6*1/4 | Unidad | 1.00 | 8,200.00 | 8,200.00 | 9,758.00 |
| 13 | Bomba de condensado Maxi-Orange | Unidad | 1.00 | 734,000.00 | 734,000.00 | 873,460.00 |
| 14 | Bateria AAA | Unidad | 17.00 | 6,600.00 | 112,200.00 | 133,518.00 |
| 15 | Termohigrometro digital | Unidad | 5.00 | 93,600.00 | 468,000.00 | 556,920.00 |
| 16 | Motor 670 110V | Unidad | 1.00 | 65,000.00 | 65,000.00 | 77,350.00 |
| 17 | Breaker de 40A | Unidad | 1.00 | 93,000.00 | 93,000.00 | 110,670.00 |
| 18 | Tarjeta universal | Unidad | 2.00 | 123,120.00 | 246,240.00 | 293,025.60 |
| 19 | Refrigerante R22 | Unidad | 2.00 | 111,659.00 | 223,318.00 | 265,748.42 |
| 20 | Manguera de desagüe | Unidad | 7.00 | 6,840.00 | 47,880.00 | 56,977.20 |
| 21 | Reloj medidor | Unidad | 1.00 | 73,610.00 | 73,610.00 | 87,595.90 |
| 22 | Bateria LR-44 | Unidad | 10.00 | 11,560.00 | 115,600.00 | 137,564.00 |
| 23 | Lampara hermetica 2x18W | Unidad | 1.00 | 115,000.00 | 115,000.00 | 136,850.00 |
| 24 | Pulsador verde base metalica | Unidad | 1.00 | 21,000.00 | 21,000.00 | 24,990.00 |
| 25 | O-ring | Unidad | 6.00 | 4,500.00 | 27,000.00 | 32,130.00 |
| 26 | Empaque universal de nitrilo | Unidad | 4.00 | 6,500.00 | 26,000.00 | 30,940.00 |
| 27 | Cinta vinilo | Unidad | 10.00 | 6,000.00 | 60,000.00 | 71,400.00 |
| 28 | Rubatex 5/8 | Unidad | 2.00 | 10,084.00 | 20,168.00 | 23,999.92 |
| 29 | Cinta foam | Unidad | 3.00 | 22,000.00 | 66,000.00 | 78,540.00 |
| 30 | Cinta aislante | Unidad | 1.00 | 4,080.00 | 4,080.00 | 4,855.20 |
| 31 | Control Aire acondicionado mirage | Unidad | 1.00 | 75,000.00 | 75,000.00 | 89,250.00 |
| 32 | Acople CHEMETRON oxigeno | Unidad | 1.00 | 170,640.00 | 170,640.00 | 203,061.60 |
| 33 | Acople AGGA oxigeno | Unidad | 2.00 | 140,640.00 | 281,280.00 | 334,723.20 |
| 34 | Carro porta cilindro de 1m3 | Unidad | 2.00 | 188,000.00 | 376,000.00 | 447,440.00 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 35 | Baterias 8D1600-AMP-12V | Unidad | 2.00 | 2,232,500.00 | 4,465,000.00 | 5,313,350.00 |
| 36 | Capacitor de 15 mf | Unidad | 1.00 | 16,000.00 | 16,000.00 | 19,040.00 |
| 37 | Termico de 1/3 | Unidad | 1.00 | 70,000.00 | 70,000.00 | 83,300.00 |
| 38 | Timer 1432 | Unidad | 1.00 | 30,500.00 | 30,500.00 | 36,295.00 |
| 39 | Fusibles | Unidad | 2.00 | 4,500.00 | 9,000.00 | 10,710.00 |
| 40 | Pilas 23A | Unidad | 2.00 | 16,000.00 | 32,000.00 | 38,080.00 |
| 41 | Timbre inalambrico | Unidad | 1.00 | 31,400.00 | 31,400.00 | 37,366.00 |
| 42 | Diodo variador | Unidad | 1.00 | 7,500.00 | 7,500.00 | 8,925.00 |
| 43 | Resistencia de precision 15Ω | Unidad | 1.00 | 8,100.00 | 8,100.00 | 9,639.00 |
| 44 | Termometro digital | Unidad | 1.00 | 51,400.00 | 51,400.00 | 61,166.00 |
| 45 | Aspa motor plastica de 10 | Unidad | 1.00 | 38,000.00 | 38,000.00 | 45,220.00 |

**Total items:** 45

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 11,741,014.50 |
| IVA 19% | 2,230,792.76 |
| **Total a Pagar** | **13,971,807.26** |

**Valor en Letras:**
Trece millones novecientos setenta y un mil ochocientos siete pesos m/cte con veintiseis cent.

**Forma de pago:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2025-09-06 por $ 13,971,807.26

**Observaciones:**
Somos grandes contibuyentes y agentes autorretenedores de ICA en bucaramanga, segun Resolución 2384 del 23 de abril de 2024.
CONTRATO 066 DE4 2025 PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO,CORRECTIVO,OPERACION Y ADECUACION DE EQUIPOS INDUSTRIALES Y ACTIVIDADES ELECTRICAS DE USO HOSPITALARIO EXISTENTES EN EL ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
PERIODO FACTURADO REPUESTOS DEL 06 DE JULIO AL 05 DE AGOSTO 2025

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 18764082753629 aprobado en 20241102 prefijo FE desde el número 80 al 500 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 4321 Instalaciones eléctricas Tarifa 4,8X1000
**CUFE:** b70613335d9954c3f5571e9f9955ff5497110a5722d764a5f71309efd35048279c05cb3df0c0dad4cb47bd28a65e4e07

| | | | |
|---|---|---|---|
| INFUSO | | Identificación | INFUSO-REM |
| | | versión | 1 |
| | | Inicio de Vigencia | 1/05/2024 |

**REMISION DE REPUESTOS - MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y ADECUACIONES DE EQUIPOS INDUSTRIALES**

**DATOS DEL CLIENTE**

| | | |
|---|---|---|
| **RAZON SOCIAL: ESE Hospital Universitario de Santander** | | **NIT: 900006037-4** |
| **DIRECCION: Carrera 33 No 28-126** | | **TELEFONO: 6910030** |

**DATOS DEL EQUIPO: Equipos industriales**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA: 06/07/2025 A 05/08/2025** | | **CUENTA No.** | **6** |
| **EQUIPO: Equipos Industriales** | | **INVENTARIO:** | **n/a** |
| **MODELO: n/a** | | **UBICACIÓN:** | **HUS** |

**REPUESTOS REQUERIDOS**

| # reporte | DESCRIPCION | UND | CANT | | VR UNITARIO | VR TOTAL | EQUIPO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Prefiltros Merv 12x12x2 | und | 9 | | $ 59.000 | $ 531.000,00 | Extractores |
| 4 | Refrigerante R410 | kg | 11 | | $ 97.290 | $ 1.070.190,00 | A.A. Paquete |
| 5 | Refrigerante R507 | kg | 20 | | $ 46.902 | $ 938.040,00 | Cuarto frio |
| 6 | Compresor embraco 110V-R134 | und | 1 | | $ 550.000 | $ 550.000,00 | Nevera |
| | Filtro secador hercules | und | 2 | | $ 18.500 | $ 37.000,00 | Nevera |
| | Valvulas de servicio 1/4 | und | 2 | | $ 2.858 | $ 5.716,00 | Nevera |
| | Varilla de soldadura | und | 7 | | $ 15.194 | $ 106.358,00 | Nevera |
| | Refrigerante R134 | und | 1,5 | | $ 55.863 | $ 83.794,50 | Nevera |
| 8 | Lija tela | und | 1 | | $ 91.800 | $ 91.800,00 | Lijadora |
| 9 | Pistola de aire | und | 1 | | $ 65.000 | $ 65.000,00 | Pistola de aire |
| | Manguera 6x4x10 mt | und | 1 | | $ 74.000 | $ 74.000,00 | Pistola de aire |
| | Racor recto de 6*1/4 | und | 1 | | $ 8.200 | $ 8.200,00 | Pistola de aire |
| 10 | Bomba de condensado Maxi-Orange | und | 1 | | $ 734.000 | $ 734.000,00 | UMA |
| 11 | Bateria AAA | und | 17 | | $ 6.600 | $ 112.200,00 | Termohigrometro |
| 12 | Termohigrometro digital | und | 5 | | $ 93.600 | $ 468.000,00 | Termohigrometro |
| 13 | Motor 670 110V | und | 1 | | $ 65.000 | $ 65.000,00 | Nevera |
| 14 | Breaker de 40A | und | 1 | | $ 93.000 | $ 93.000,00 | A.A. Casette |
| 15 | Tarjeta universal | und | 2 | | $ 123.120 | $ 246.240,00 | A.A. Mini Split |
| 17 | Refrigerante R22 | kg | 2 | | $ 111.659 | $ 223.318,00 | A.A. Mini Split |
| 18 | Manguera de desagüe | und | 7 | | $ 6.840 | $ 47.880,00 | A.A. Mini Split |
| 19 | Reloj medidor | und | 1 | | $ 73.610 | $ 73.610,00 | Eyector |
| 21 | Bateria LR-44 | und | 10 | | $ 11.560 | $ 115.600,00 | Termonevera |
| 25 | Lampara hermetica 2x18W | und | 1 | | $ 115.000 | $ 115.000,00 | Cuarto frio |
| 28 | Pulsador verde base metalica | und | 1 | | $ 21.000 | $ 21.000,00 | A.A. Paquete |
| 29 | O-ring | und | 6 | | $ 4.500 | $ 27.000,00 | Toma de vacio |
| 30 | Empaque universal de nitrilo | und | 4 | | $ 6.500 | $ 26.000,00 | Compresor aire |
| 33 | Cinta vinilo | und | 10 | | $ 6.000 | $ 60.000,00 | A.A. Mini Split |
| | Rubatex 5/8 | und | 2 | ✓ | $ 10.084 | $ 20.168,00 | A.A. Mini Split |
| | Cinta foam | und | 3 | ✓ | $ 22.000 | $ 66.000,00 | A.A. Mini Split |
| | Cinta aislante | und | 1 | ✓ | $ 4.080 | $ 4.080,00 | A.A. Mini Split |
| 34 | Control Aire acondicionado mirage | und | 1 | ✓ | $ 75.000 | $ 75.000,00 | A.A. Mini Split |
| 35 | Acople CHEMETRON oxigeno | und | 1 | ✓ | $ 170.640 | $ 170.640,00 | Toma de oxigeno |
| 36 | Acople AGGA oxigeno | und | 2 | ✓ | $ 140.640 | $ 281.280,00 | Toma de oxigeno |
| 38 | Carro porta cilindro de 1m3 | und | 2 | ✓ | $ 188.000 | $ 376.000,00 | Carro porta balas |
| 39 | Baterias 8D1600-AMP-12V | und | 2 | ✓ | $ 2.232.500 | $ 4.465.000,00 | Planta electrica |
| 42 | Capacitor de 15 mf | und | 1 | | $ 16.000 | $ 16.000,00 | Deshumidificador |
| | Termico de 1/3 | und | 1 | | $ 70.000 | $ 70.000,00 | Deshumidificador |
| | Timer 1432 | und | 1 | | $ 30.500 | $ 30.500,00 | Deshumidificador |
| | Fusibles | und | 2 | | $ 4.500 | $ 9.000,00 | Deshumidificador |
| 43 | Pilas 23A | und | 2 | | $ 16.000 | $ 32.000,00 | Timbre |
| | Timbre inalambrico | und | 1 | | $ 31.400 | $ 31.400,00 | Timbre |
| 47 | Diodo variador | und | 1 | | $ 7.500 | $ 7.500,00 | Licuadora industrial |
| | Resistencia de precision 15Ω | Und | 1 | | $ 8.100 | $ 8.100,00 | Licuadora industrial |
| 53 | Termometro digital | und | 1 | | $ 51.400 | $ 51.400,00 | Termonevera |
| 54 | Aspa motor plastica de 10" | und | 1 | | $ 38.000 | $ 38.000,00 | Cuarto frio-seroteca |
| | | | | | SUBTOTAL | $ 11.741.014,50 | |
| | | | | | IVA 19% | $ 2.230.792,76 | |
| | | | | | TOTAL | $ 13.971.807,26 | |

| RESPONSABLE AREA TECNICA | APROBADO POR |
|---|---|
| Firma: Carlos Calderon. | Firma: |
| Nombre: JUAN CARLOS CALDERON SALAMANCA | Nombre: VLADIMIR LÓPEZ VARON |
| Cargo: Representante Legal - INFUSO S.A.S | Cargo: Supervision del contrato |
| Firma: | Firma: |
| Nombre: CRISTIAN DANILO HERNÁNDEZ FIGUEROA | Nombre: HENRY CENTENO CENTENO |
| Cargo: Ing. Civil Apoyo a la supervisión del contrato | Cargo: Ing. Mecánico Apoyo a la supervisión del contrato |
| Firma: | |
| Nombre: IVAN EDUARDO TORRES CHINCHILLA | |
| Cargo: Ing. Electricista apoyo a la supervision del contrato | |

**TRASLADOS, SALIDAS O INGRESOS DE INSUMOS O BIENES**
**GAF-DTI-FO-05, Versión 4**
**GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

**Fecha:** 21/08/2025 **Consecutivo Nro.** 1242

## I. TIPO DE MOVIMIENTO

Seleccione con una X el tipo de movimiento a realizar:

☒ Ingreso de un insumo, repuesto, equipo, mueble, etc., al HUS
☐ Ingreso por donación
☐ Salida de activo de las instalaciones de la ESE HUS
☐ Traslado del activo de un servicio/área a otra
☐ Traslado a bodega de bajas por obsolescencia o reposición (Baja)
☐ Traslado a bodega del almacén por devolución

## II. INFORMACIÓN BÁSICA DE LOS ACTIVOS FIJOS

| Cant. | Descripción del producto | Placa de inventario | Marca | Modelo | Serial | Lugar de origen | Lugar de destino |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | Prefiltros Merv 12x12x2 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 11 | Refrigerante R410 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 20 | Refrigerante R507 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Compresor embraco 110V-R134 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 2 | Filtro secador hercules | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 2 | Valvulas de servicio 1/4 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 7 | Varilla de soldadura | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1,5 | Refrigerante R134 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Lija tela | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Pistola de aire | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Manguera 6x4x10 mt | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Racor recto de 6*1/4 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Bomba de condensado Maxi-Orange | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 17 | Bateria AAA | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 5 | Termohigrometro digital | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Motor 670 110V | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Breaker de 40A | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 2 | Tarjeta universal | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 2 | Refrigerante R22 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 7 | Manguera de desagüe | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Reloj medidor | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 10 | Bateria LR-44 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Lampara hermetica 2x18W | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Pulsador verde base metalica | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 6 | O-ring | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 4 | Empaque universal de nitrilo | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 10 | Cinta vinilo | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 2 | Rubatex 5/8 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 3 | Cinta foam | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Cinta aislante | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Control Aire acondicionado mirage | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Acople CHEMETRON oxigeno | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 2 | Acople AGGA oxigeno | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 2 | Carro porta cilindro de 1m3 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 2 | Baterias 8D1600-AMP-12V | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Capacitor de 15 mf | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Termico de 1/3 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Timer 1432 | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 2 | Fusibles | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 2 | Pilas 23A | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Timbre inalambrico | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**TRASLADOS, SALIDAS O INGRESOS DE INSUMOS O BIENES**
**GAF-DTI-FO-05, Versión 4**
**GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Diodo variador | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Resistencia de precision 15Ω | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Termometro digital | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |
| 1 | Aspa motor plastica de 10" | N/T | N/T | N/T | N/T | INFUSO | HUS |

**Total de productos (de traslado, ingreso o salida)** 152.5

**En caso de ser apoyo tecnológico que NO sea propiedad de la ESE HUS registre los siguientes datos:**

**Nombre del propietario:** _____ **Tipo y N° Documento de Identidad:** _____

**Empresa del propietario:** _____

## III. OSERVACIONES

CONTRATISTA INFUSO – CONTRATO 066 DE 2025. INGRESOS A ALMACEN

## IV. FIRMAS

En cualquier caso, debe estar autorizado por el personal de planta de la institución responsable del activo y V°B° del Subgerente Administrativo y financiero para las donaciones y salidas.

**V°B° SUPERVISION DEL CONTRATO**
**Nombre:** VLADIMIR LÓPEZ BARÓN
**Cargo:** Subgerente Administrativo y Financiero

**PERSONAL DE PLANTA Y/O APOYO A SUPERVISION**
**Nombre:** CRISTIAN DANILO HERNANDEZ F.
**Cargo:** Ing. Civil Contratista - ESE HUS

**PERSONAL DE PLANTA Y/O APOYO A SUPERVISION**
**Nombre:** HENRY CENTENO CENTENO
**Cargo:** Ing. Mecánico contratista – ESE HUS

**PERSONAL DE PLANTA Y/O APOYO A SUPERVISION**
**Nombre:** IVAN EDUARDO TORRES C.
**Cargo:** Ing. Electricista Contratista – ESE HUS

En caso de ser propiedad de funcionario contratista, familiar paciente y/o acompañante.

**FIRMA**

**Nombre:**
**N° Cedula:** **N° Teléfono:**

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**TRASLADOS, SALIDAS O INGRESOS DE INSUMOS O BIENES**
**GAF-DTI-FO-05, Versión 4**
**GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

En caso de que sea traslado

**RECIBE**

**Nombre:**
**Cargo/perfil/servicio a prestar:**
**Área/subgerencia:**

**ENTREGA**

**Nombre:**
**Cargo/perfil/servicio a prestar:**
**Área/subgerencia:**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

2 1 AGO 2025

SERVICIOS BÁSICOS
FIRMA:

En caso de que el bien o activo sea de ingreso o salida de la ESE HUS

2 1 AGO 2025

**ALMACÉN**
**Nombre: OSCAR ALIRIO BLANCO GUERRERO**
**Cargo:** Profesional Universitario Almacenista General
**Subgerencia:** Subgerencia Administrativa y Financiera

**SERVICIOS BÁSICOS**
**Nombre: ANGIE MELISSA VARGAS QUINTERO**
**Cargo:** Profesional Universitario Servicios Básicos
**Subgerencia:** Subgerencia Administrativa y Financiera

**SEÑOR GUARDA DE SEGURIDAD, FAVOR CONTAR Y REVISAR LA CANTIDAD DE ELEMENTOS A INGRESAR Y RETIRAR, VERIFICANDO ESPECIFICACIONES DE IDENTIFIACION DE LOS ELEMENTOS. CUALQUIER INQUIETUD FAVOR LLAMAR A LAS EXTENSIONES 356, 351 y 466**

**Nota:** En los siguientes casos:

- **Traslado por obsolescencia o reposición (Baja):** este documento DEBE ir soportado con el reporte técnico emitido por personal idóneo y registro fotográfico y en este documento se DEBE diligenciar el ítem III. Observaciones con breve descripción del motivo del traslado.
- **Para los casos de Traslado del activo de un servicio/área a otra, Traslado a bodega del almacén por devolución:** en este documento se DEBE diligenciar el ítem III. Observaciones describiendo el motivo según sea la opción seleccionada en el ítem I. Tipo de Movimiento.
- **Salida de activo o Ingreso de activo:** en este documento DEBE diligenciar el ítem III. Observaciones describiendo el motivo de salida o ingreso del bien o activo adjuntando registro fotográfico del mismo y adjuntando los soportes de ser el caso.
- Cuando el ingreso o salida fue reportado propiedad de un paciente o familiar que está siendo atendido en la ESE HUS no requiere firma de personal, solo debe ser firmado por el paciente o familiar en el Ítem IV. Firma.

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos

**TRASLADOS, SALIDAS O INGRESOS DE INSUMOS O BIENES**
**GAF-DTI-FO-05, Versión 4**
**GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

## V. REGISTRO FOTOGRÁFICO




Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

1

1

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 01 | Hora inicial: | 2:00 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 01 | Hora final: | 4:00 pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: n/a | Modelo: n/a | Serie: n/a | Inventario: n/a |

Ubicación: Piso 3 laboratorio clinico | Tipo de Equipo: Extractores - filtros

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se hace limpieza, mantenimiento y cambio de filtros a extractores de las areas de Piso 3 laboratorio clinico preparación de cultivos "mmto", lavado de materiales "mmto", autoclave paffor "cambio de 2 filtros", bodega principal "mmto", basiloscopia "mmto", micobacterias "cambio de filtro", bodega de sustancias "cambio de filtro y mantenimiento"

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Se hace limpieza y mantenimiento a extractores del area de laboratorio clinico en piso 3

Total 12 Extractores

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 5 | filtros para extractor | 1 | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | cintas Poil | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Se debe realizar Cambio Extractor de 12"

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de mano. pinza amperimetrica, destornillador inalambrico

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Jesus S. Fabio A.
Nombre del técnico
CC.

Jose Del Real
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 91[illegible]

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 01 | Hora inicial: | 7:30 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 01 | Hora final: | 8:30 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: n/A | Modelo: n/A | Serie: n/A | Inventario: n/A |
| Ubicación: Piso 3 micobacterias | Tipo de Equipo: filtro extractor | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se hace cambio de filtro para extractor en el area de micobacterias - laboratorio clinico

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Se hace el cambio de filtro para extractor del area de micobacterias

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | filtro para extractor | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | conta foil | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de mano. pinza amperimetrica

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Jesus S. Fabio A
Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 01 | Hora inicial: | 10:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 01 | Hora final: | 11:00 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: n/t | Modelo: n/t | Serie: n/t | Inventario: n/t |
| Ubicación: Piso 3 bodega de sustancias | Tipo de Equipo: filtro de extractor | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se hace el cambio de filtro para extractor del area de bodega de sustancias quimicas - laboratorio clinico y se hizo mantenimiento a 2 extractores del area

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Se hace cambio de filtro para extractor 1 del area de bodega de sustancias quimicas - laboratorio clinico y se hizo mantenimiento a 2 extractores del area

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | filtro para extractor | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | cinta foil | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de mano. Pinza amperimetrica

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Jesus S. Fabio A
Nombre del técnico
CC.

Jose Raul Ruiz
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1098730164

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 08 | Hora inicial: | |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 08 | Hora final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Comfortstar | Modelo: Hct-24Ccw1 | Serie: n/f | Inventario: hus39177 |
| Ubicación: Urgencias Piso 2. | | Tipo de Equipo: A.A. Paquete. | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza lavado general del equipo, ajuste de correas y reajuste de gas refrigerante. se hacen pruebas de funcionamiento y queda bajo seguimiento.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Equipo no enfria.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 6 Kg | R410. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Manometro, bascula, pinza voltamperimetrica

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Diego Botero
Nombre del técnico
CC. 91 511 581

Virgilio Lazaro Lopez
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 91421306

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 08 | Hora inicial: | 1:00 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 08 | Hora final: | 2:30 pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Carrier | Modelo: bdn0300lgc | Serie: n/f | Inventario: IMN-52 |
| Ubicación: Hemocentro. | Tipo de Equipo: Cuarto frio serfoteca 2. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTIA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza revisión del cuarto y se observa que se esta congelando el panel y la temperatura no es la ideal, se realizan presiones y se hace recarga de gas refrigerante, se instala resistencia al desagüe. y se hacen pruebas de funcionamiento.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Area Congelada.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 7 Kg | R507. | 1 | resistencia 220V. |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Manometros, bascula, pinza Voltiamperimetrica.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Diego Botero
Nombre del técnico
CC. 91 571 581.

Sandra Soler
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 63535487

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis d. los personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 09 | Hora inicial: | |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 09 | Hora final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: SuperNordico | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: Hos 24988 |
| Ubicación: Farmacia | Tipo de Equipo: Nevera. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se Realiza Cambio de Compresor por daño en los bobinas con sus elementos. Se Realizar pruebas de fuga y vacio y se recolga refrigerante 134.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

El servicio reporta temperatura alta en la nevera.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Compresor Embraco | 2 | F. Ríos hercules |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | Valvula de Carga | | |
| 1 | Kilo refrigerante 134a | | |
| 5 | Varillas de Soldadura | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Equipo queda funcionando Con Condiciones Normales de temperatura / Se recibe a satisfacion por el servicio

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

herramienta de mano - Pinzas Alicates manometros

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edinson Barroso.
Nombre del técnico
CC.

Claudia P Jaimes R
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 63478955 Bga

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 09 | Hora inicial: | |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 09 | Hora final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Comfortech | Modelo: Mct-24Dcwn1 | Serie: n/f | Inventario: hus39176 |
| Ubicación: Urgencias Piso 2. | Tipo de Equipo: A.A. Paquete. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realizo reajuste pendiente de gas refrigerante en el circuito B. se hacen pruebas de funcionamiento.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Equipo se congela.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 5 Kg | R410 | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Manometro, pinza voltamperimetrica, bascula,

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Diego Botra
Nombre del técnico
CC. 91 511 581.

Virgilio Lázaro Lopez
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 91425306

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 10 | Hora inicial: | |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 10 | Hora final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: | Modelo: | Serie: | Inventario: |
| Ubicación: ORTESIS Y PROTESIS | | Tipo de Equipo: LIJADORA. | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☐ | Instalación: ☒ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se instala la lija ala maquina el cual no la tenia. 2 metros con 25 cm

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2.25 | metros | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

El servicio solicita instalacion de lija a maquina, ya que se requiere para procedimientos diarios

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2.25 | M2 LIJA - TELA. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de mano.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Nombre del técnico
CC. 91'287.921

Diego Suarez
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 91.527.029.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 10 | Hora inicial: | 8:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 10 | Hora final: | 9:00 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: n/t | Modelo: n/t | Serie: n/t | Inventario: n/t |
| Ubicación: Central Esterilización | Tipo de Equipo: Pistola de Aire | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza Revision de la Red de aire, pruebas de funcionamiento y verificacion de las pistolas de aire.

Se Solicita Cambiar C/U por daño de vastago y fuga en la manguera.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Fallando pistolas de Aire y botando agua.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Pistola de aire. | 1 | manguera. |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Racor recto de 6 x 1/4" | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

herramienta de mano.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edgar Murillo.
Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 63464096

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 11 | Hora inicial: | |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 11 | Hora final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Tecam | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: n/f |
| Ubicación: Urgencias Fase 2 P2. | Tipo de Equipo: UMA | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza revisión donde se observa que la bomba de Condensado esta dañada, se realiza el cambio por una nueva. se ajustan tuercas que tenia fuga de agua y se hacen pruebas de funcionamiento.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Cofera del equipo.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | bomba condensado - Mayi + Orange. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de manc

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Diego Botia
Nombre del técnico
CC. 91511581

Virgilio Lazaro Lopez
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 91425306

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 14 | Hora inicial: | 9:00am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 14 | Hora final: | 10:08 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Biotcmp | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: HUS39309 HUS24059 |
| Ubicación: Uc. adultos P:4 | | Tipo de Equipo: Thermohigrometro | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTIA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ✓ | Correctivo: | Instalación: | Evaluación técnica: | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se Realiza Mantenimiento y Revision de 2 Thermohigrometro. Se Realiza Cambio de Baterias

Quedan funcionando bien.

HUS 24059 - 01-3
HUS 39309 - Biotcmp.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Electronico. | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

No funcionan

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | Baterias AAA | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.
Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edgar murillo
Nombre del técnico
CC.

Luz Estella Tapias
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 52074467 Bta

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | JULIO | Día: | 14 | Hora inicial: | 3:00 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | JULIO | Día: | 14 | Hora final: | 3:30 pm. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: SPARTS NET | Modelo: SP-70. | Serie: 1002562 | Inventario: N/T. |
| Ubicación: UCI ADULTOS PISO 4 | Tipo de Equipo: TERMOHIGROMETRO DIGITAL | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☐ | Instalación: ☒ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

SE REALIZA LA INSTALACION DE LOS DISPOSITIVOS SOLICITADOS A LA OFICINA DE INFRAESTRUCTURA Y APROBADOS MEDIANTE CORREO ELECTRONICO PARA CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

EL SERVICIO SOLICITA LA INSTALACIÓN DE DISPOSITIVOS PARA CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | TERMOHIGROMETROS DIGITALES | 2 | BATERIAS AAA. |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

SE INSTALARON LOS DISPOSITIVOS Y SE RECIBIERON A SATISFACCION POR EL SERVICIO.

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

HERRAMIENTA DE MANO.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Haiver Marin
Nombre del técnico
CC.

Luz Estella Tapias Q
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 52024467 Bta

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 19 | Hora inicial: | 7:30 |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 19 | Hora final: | 11:00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Superdrico | Modelo: n/a | Serie: n/f | Inventario: HUS24988 |
| Ubicación: Farmacia | Tipo de Equipo: Nevera. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza cambio de motor ala nevera de Farmacia.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

No enfria el equipo.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Motor 670. | 0,5 | Kg R134. |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | varilla de soldadura. | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

la nevera quedó en buen funcionamiento / El servicio lo recibe a satisfaccion

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de mano.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edinson Barros
Nombre del técnico
CC. 1 096 208 864

Claudia P Daimo R
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 63479955 Bga

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 14 | Hora inicial: | 11:00 |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 14 | Hora final: | 12:00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: mirca | Modelo: mcd1-60cn1- | Serie: mov-60cn1-n | Inventario: Ima-0990 |
| Ubicación: Uci adultos p:9 | Tipo de Equipo: Aire Casse 7C. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza impesion ole Aire Tipo techo y se presenta falla en la parte electrica se realiza Cambio de Breaker

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Breaker 40 AMP | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edinson Barrios
Nombre del técnico
CC. 1 096 208 864

Damaris Anas Orozco
Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 14 | Hora inicial: | 1:30 |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 14 | Hora final: | 3:30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: LG | Modelo: 5J122cd | Serie: n H | Inventario: hus25350 |
| Ubicación: Sala Junta Gerencia | Tipo de Equipo: LG MINI split | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza limpieza de aire de gerencia y se presenta falla en tarjeta electronica y se hace cambio de tarjeta electronica por una Universal.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Tarjeta electronica | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edinna Barron
Nombre del técnico
CC. 1096 208 868

Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1.098.751.542.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

XC

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 14 | Hora inicial: | 3:30 |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 17 | Hora final: | 5:00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: LG | Modelo: SJ12Zcm | Serie: n/f | Inventario: hvs03883 |
| Ubicación: gerencia | Tipo de Equipo: LG Mini Split | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza limpieza de aire de gerencia y presenta ruidos y olores fuertes se hace arreglo de ruidos y se recomienda cambio de aire ya que tiene las turbinas de aire deterioradas y olores fuertes.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | Bateria Triple A | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edinson Barroso
Nombre del técnico
CC. 1 046 208 864

Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1.098.751.542.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 15 | Hora inicial: | 10:30 |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 15 | Hora final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Innovair | Modelo: W/de 18C20/b1 | Serie: n/t | Inventario: hus 2004 |
| Ubicación: Gerencia Jurídica | Tipo de Equipo: Mini split | | |

**TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA**

| Preventivo: | Correctivo: | Instalación: | Evaluación técnica: |
|---|---|---|---|
| ☐ | ☒ | ☐ | ☐ |

**FECHA INICIO GARANTÍA**

**PERIODO GARANTIA**

**FECHA FIN DE GARANTIA**

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza impesion de aire acondicionado de gerencia Juridica y presenta falla de carga de gas refrigerante R22 Se le hace requisa de carga de gas y esta trabajando perfectamente

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | gas refrigerante R22 | | |
| 1 | Manometros | | |
| 1 | Herramienta de mano | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

El equipo no enfria.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 Kg | gas Refrigerante R22 | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

El equipo queda funcionando y se recibe a satisfacion por el servicio

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de mano
manometros
Pinza amperimetrica.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edinson Barroso
Nombre del técnico
CC. 1 046 708 864.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis d. los personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aqui establecidos

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 15 | Hora inicial: | 7:30 a m |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 15 | Hora final: | 8:30 a m |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Kalley | Modelo: Kac12S | Serie: 7122020774 | Inventario: HUS205B7 |

Ubicación: Piso 2 Consulta externa  Tipo de Equipo: Aire Minisplit

**TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA**

| Preventivo: | Correctivo: | Instalación: | Evaluación técnica: |
|---|---|---|---|
| ☐ | ☑ | ☐ | ☐ |

**FECHA INICIO GARANTÍA**

**PERIODO GARANTIA**

**FECHA FIN DE GARANTIA**

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se hace cambio de manguera de desague del Aire Minisplit Area Sala de yesos - Consulta externa

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | manguera de desague | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Solicitan cambio de manguera de desague area sala de yesos - consulta externa por daño

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | manguera desague. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

herramienta manual

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Lesli Soto-Fabio A.
Nombre del técnico
CC.

Ivz Mary Benchora L
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1095700189

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 8 | Hora inicial: | 9:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 8 | Hora final: | 10:00 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: GE | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: 23440 |
| Ubicación: Medicina Interna p:7 | Tipo de Equipo: Eyector. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza Cambio de manometro por daño, se realiza mantenimiento y pruebas con funcionamiento correcto.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Alcohol Isopropilico | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

No funciona el manometro

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Manometro Eyector. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Condiciones Normales

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de mano.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Nemesio Egea.
Nombre del técnico
CC.

Dayanna Grandes
Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 14 | Hora inicial: | 9:00am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 14 | Hora final: | 10:00 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Biotcmp | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: HUS39309 HUS24059 |
| Ubicación: Uc. adultos P:4 | | Tipo de Equipo: Thermohigrometro | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTIA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ✓ | Correctivo: | Instalación: | Evaluación técnica: | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se Realiza Mantenimiento y Revision de 2 Thermohigrometro. Se Realiza Cambio de Baterias

Quedan funcionando bien.

HUS 24059 - 07-3
HUS 39309 - Biotcmp.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | electronico. | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

No funcionan

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | Baterias AAA | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aqui establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 14 | Hora inicial: | 9:00am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 14 | Hora final: | 10:08 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Biotcmp | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: HUS39309 HUS24059 |
| Ubicación: Uc. adultos P:4 | | Tipo de Equipo: Thermohigrometro | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTIA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☑ | Correctivo: ☐ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se Realiza Mantenimiento y Revision de 2 Thermohigrometro. Se Realiza Cambio de Baterias

Quedan funcionando bien.

HUS 24059 - 07-3
HUS 39309 - Biotcmp.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | electronico. | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

No funcionan

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | Baterias AAA | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 15 | Hora inicial: | 2:60 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 15 | Hora final: | 3:80pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Robbermaid | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: n/f |
| Ubicación: PAIZ SACIA. | Tipo de Equipo: TERMOMETRA. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTIA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: [X] | Correctivo: [ ] | Instalación: [ ] | Evaluación técnica: [ ] | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza mantenimiento correctivo y preventivo a termometra.; Se le cambian dos pilas RL 44

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Termometro no funciona.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | pilas RL 44 | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Aaron Hernandez C.
Nombre del técnico
CC. 91257.921.

Laura Alejandra Ibáñez
Nombre de quién recibe a conformidad
CC. 1002162547

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 15 | Hora inicial: | 4:00pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 15 | Hora final: | 5:00pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: SportsNet | Modelo: HTC-1 | Serie: n/f | Inventario: n/f |
| Ubicación: Sala Procedimiento. P:10 | Tipo de Equipo: Thermohigrometro | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☐ | Instalación: ☑ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Instalar Thermohigrometro Area de procedimientos pediatria P:10

Se instala en cuarto de insumos

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Thermohigrometro | 1 | Bateria AAA |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

herramienta de mant

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edgar Murillo

Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 15 | Hora inicial: | 2:60 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 15 | Hora final: | 3:80pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Robbevmaio | Modelo: | Serie: | Inventario: |
| Ubicación: PAIZ SPACIA. | | Tipo de Equipo: TERMONEVERA. | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: [X] | Correctivo: [ ] | Instalación: [ ] | Evaluación técnica: [ ] | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza mantenimiento correctivo y preventivo a termonevera; Se le cambian dos pilas RL 44

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Termometro no funciona.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | pilas RL 44 | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Aaron Hernandez C.
Nombre del técnico
CC. 91257.921.

Laura Alejandra Valero
Nombre de quién recibe a conformidad
CC. 1002162547

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 16 | Hora inicial: | 2:30 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 16 | Hora final: | 3:00 Pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: | Modelo: | Serie: | Inventario: |
| Ubicación: Piso 5 aislados | | Tipo de Equipo: Targeta Universal | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☐ | Instalación: ☑ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se hace cambio de targeta al aire Minisplit del area de aislados "tarjeta Universal"

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Se Solicita cambio de Targeta Universal a aire minisplit aislados piso 5

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Targeta Universal | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

el aire minisplit queda en buen funcionamiento

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

herramienta manual, Pinza amperimetrica

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Jesus S. Edinson B
Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | Julio | Día: | 17 | Hora inicial: | 3:00 PM |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | Julio | Día: | 17 | Hora final: | 3:30 pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: HEAT WATER | Modelo: | Serie: | Inventario: |
| Ubicación: HEMOCENTRO | Tipo de Equipo: CUARTO FRIO STOCK. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |
| | | | | |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

SE REALIZA REEMPLAZO DE LAMPARA HERMETICA QUE SE ENCONTRABA QUEMADA.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

EL AREA SE ENCUENTRA OSCURA.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | LAMPARA HERMETICA 2X18 W. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

SE REALIZÓ CAMBIO DE LUMINARIA
SE RECIBE A SATISFACCIÓN POR EL SERVICIO.

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

HERRAMIENTA MANUAL
PINZA AMPERIMETRICA.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
|  |  |

Nombre del técnico
CC. 91.297.921

Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 63550484

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 17 | Hora inicial: | 7:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 17 | Hora final: | 8:00 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: NT | Modelo: SP 01 | Serie: NT | Inventario: 24067 |
| Ubicación: CENTRO DE CIRUGIA | Tipo de Equipo: TERMO HIGROMETRO | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ✓ | Correctivo: | Instalación: | Evaluación técnica: | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

SE REVISA Y REALIZA LIMPIEZA, CAMBIO DE BATERIA A AA
SE REALIZA PREVENTIVO

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | BATERIA AAA | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

LOS NUMEROS NO SE VEN.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | BATERIA AAA. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

EQUPO QUEDA OK

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

HERRAMIENTA DE MANO.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Nombre del técnico
CC. 91233189 B/ga

Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1005330558

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 18 | Hora inicial: | |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 18 | Hora final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Rubbermaid | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: |
| Ubicación: Ventanilla farmacia | | Tipo de Equipo: Termoneveras | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTIA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ✓ | Correctivo: | Instalación: | Evaluación técnica: | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza revision y limpieza de 8 termoneveras, Se cambia Bateria LR-44 a 2 Termoneveras, Quedan funcionando bien
HUS-44230 HUS 41846 HUS 41849
HUS-44843 HUS-44280 HUS 44277
HUS-44844 HUS-44228

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Biocleán | | |
| 1 | alcohol isopropilico | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 4 | Baterias LR-44 | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

herramienta de mano.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Irvin Pinzón Sanchez
Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 63479555

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.
Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | Julio | Día: | 18 | Hora inicial: | 3:00 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | Julio | Día: | 18 | Hora final: | 3:30 pm. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Carrier | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: Hus39270 |
| Ubicación: Farmacia Ventanilla Pz. | Tipo de Equipo: A.A Paquete. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realizo revisión del equipo y se observa que el pulsador de encendido no funciona, se realiza el cambio y la conexión electrica y se hacen pruebas de funcionamiento.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Pulsador dañado.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Pulsador base metalica. Verde. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Equipo trabajando en optimas Condiciones

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de mano. Pinza Voltiamperimetrica

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Diego Botia.
Nombre del técnico
CC. 9571581.

Claudia Pdamez
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 63479955. Blga

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo estabiecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aqui establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 18 | Hora inicial: | 3:30 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 18 | Hora final: | 4:00 pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Prigmed | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: n/f |
| Ubicación: Especialidad. Hab 11/16 | Tipo de Equipo: Toma de Vacio. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se Realiza Cambio de 2 Offrings a Toma de Vacio Habitacion 11/16 piso: 11

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Fuga en la Toma de Vacio

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | Offrings. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

herramienta de mano.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
|  |  |

Edgar murillo
Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | Julio | Día: | 19 | Hora inicial: | 10:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | Julio | Día: | 19 | Hora final: | 10:30 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: ATLAS COPCO | Modelo: | Serie: | Inventario: |
| Ubicación: SUB-ESTACIÓN | Tipo de Equipo: COMPRESOR DE AIRE. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

→ SE REALIZÓ RETIRO DE EMPAQUES DAÑADOS Y SE INSTALAN LOS NUEVOS - SE CORRIJE LA FUGA PRESENTADA EN EL EQUIPO.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

→ SE PRESENTA RUIDO POR ESCAPE DE AIRE EN LOS ACOPLES RAPIDOS DE LA MANGUERA DE SALIDA

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 3 | EMPAQUES. UNIVERSALES DE NITRILO. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

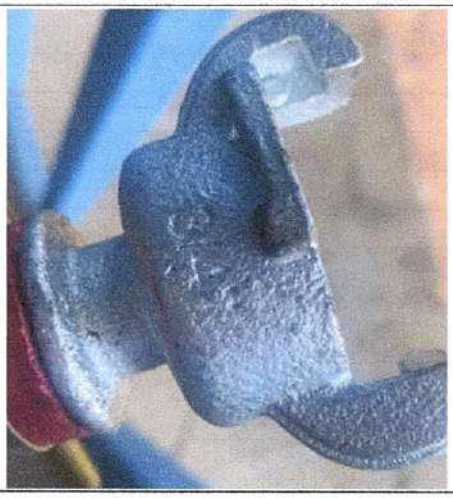
| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

SE CORRIJE FUGA PRESENTADA Y EL EQUIPO QUEDA OPERATIVO.
SE RECIBE A SATISFACCIÓN.

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
|  |  |

Edgar Murillo.
Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 21 | Hora inicial: | 8:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 21 | Hora final: | 9:00 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Df-3 | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: |
| Ubicación: Hemocentro | Tipo de Equipo: Thermohigrometro | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: [V] | Correctivo: [ ] | Instalación: [ ] | Evaluación técnica: [ ] | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se Realiza mantenimiento y Revision de Thermo higrometro y Cambio de Bateria

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | alcohol Isopropilico. | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Bateria AAA | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

herramienta de mano

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edgar murillo
Nombre del técnico
CC.

Stella Gonzalez Ch
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 51915403 32

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 21 | Hora inicial: | 7:00 a m |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 21 | Hora final: | 11:30 a m |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Heatcraft | Modelo: Bon0300/gc | Serie: 1145011-3 | Inventario: IMR - 50C |
| Ubicación: Hemocentro | | Tipo de Equipo: cuarto frio cuarentena. | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza reconexión del sistema electrico, se reajusta gas refrigerante y se hacen pruebas de funcionamiento.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Equipo no congela.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 8 Kg | R507. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Pinza Voltiamperimetrica, manometros, bascula.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Diego Botia
Nombre del técnico
CC. 91511581.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 63500484

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 21 | Hora inicial: | 2:30 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 21 | Hora final: | 4:00 pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: micobacteria | Modelo: n/t | Serie: n/t | Inventario: hus 2032B |
| Ubicación: Piso 3 laboratorio clinico | Tipo de Equipo: Aire Minisplit | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se hace revisión del aire minisplit del area de micobacterias- laboratorio clinico, se evidencia el mal. estado del recubrimiento de la tuberia como lo es material rubatex, cinta vinilo de la tuberia del equipo y el cambio de manguera de desague, se hace el cambio de los elementos del equipo y queda en buen funcionamiento

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 3 | Rollos cinta vinilo | | |
| 4 | metros cinta Rubatex (Foam) | | |
| 4 | metros Rubatex (2 UNO) | | |
| 1 | 1 cinta electrica (Negra) | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Reportan mal estado del recubrimiento de la tuberia del aire del area micobacterias

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Se hace el cambio del recubrimiento de la tuberia del aire del area micobacterias y queda en buen estado

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta manual

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edinson B. Jesús S.
Nombre del técnico
CC.

Jose Daniel Rojas
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1098739261

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 22 | Hora inicial: | 8:00 |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 22 | Hora final: | 9:00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: N/A | Modelo: N/A | Serie: N/A | Inventario: |
| Ubicación: Contabilidad-Gerencia | Tipo de Equipo: Dieminisplit. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTIA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Cambio de control de aire mirage

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Control mirage | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

no funciona Control.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Control mirage | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Se realizó entrega de control remoto marca mirage. El equipo queda funcionando en condiciones normales. Se recibe control por el servicio

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de mano.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edinson Barrosa
Nombre del técnico
CC. 1094 208 964

Eby Adriana Montilla Gómez
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 28336186

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 22 | Hora inicial: | |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 22 | Hora final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Chemetron | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: n/f |
| Ubicación: Reanimacion - Urgencias | Tipo de Equipo: Toma de Oxigeno | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se Realiza Cambio de Toma de Oxigeno por daño de Vastago y Botones de Soltar Flujometro.
Se Realizan pruebas con el jefe Queda funcionando Bien, ya pueden habilitar el area.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

No funciona Toma de Oxigeno.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Toma Oxigeno chemetron | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Se habilita cubículo. la toma queda en funcionamiento normal.

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta manual.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Nemecio Epeq.
Nombre del técnico
CC.

Carlos A. Caballero Castellanos
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1098749801

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

113.2

36

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 22 | Hora inicial: | 9:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 22 | Hora final: | 9:30 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Agga | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: n/f |
| Ubicación: Pediatria P:10 | Tipo de Equipo: Tomas Oxigeno. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se Deben Cambiar Acoples chemetron a agga Piso 10 Todas las tomas son agga De esas Tomas No Se tienen repuestos

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

No funciona Conexiones.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | acoples Agga | 2 | off-rings. |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Se Recomienda no prestar sus equipos por diferencia en las formas en los pisos.

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 22 | Hora inicial: | 9:30 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 22 | Hora final: | 10:30 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Chemetron | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: n/f |
| Ubicación: Cirugia General P: 11 | Tipo de Equipo: Toma Oxigeno | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se Realiza Cambio de Loffring por daño, el cual genera fuga, Se realizan pruebas funcionando bien.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Fuga en Toma

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | O-rings | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1098759303

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 22 | Hora inicial: | |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 22 | Hora final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: n/f | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: n/f |
| Ubicación: Uci-adultos p:9 | Tipo de Equipo: Carro de cilindro | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☐ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se hace entrega de Carro Transporte de cilindro de 1m³ de Oxigeno para area de Uci piso:9

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | Canodetigas Pouc | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Se realizó entrega al servicio.
Se reciben a satisfacción.

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
|  |  |

Nombre del técnico
CC.

Nombre de quién recibe a conformidad
CC. 52024467 Bta

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | Julio | Día: | 23 | Hora inicial: | 9:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | Julio | Día: | 23 | Hora final: | 10:00 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Cummins | Modelo: CSOO D6. | Serie: J18T045504-X | Inventario: HUS 36582. |
| Ubicación: SUB-ESTACION | Tipo de Equipo: PLANTA ELECTRICA. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 23 Julio 2025 |
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ | Instalación: ☒ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | 12 MESES |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |
| | | | | 23 Julio 2026. |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

SE REALIZA INSTALACION DE 2 BATERIAS MARCA FALCO REFERENCIA 8D 1600 AMP - 12 V.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

LA PLANTA DE RESPALDO No. 2 PRESENTA ERROR POR BATERIA. SE EVIDENCIA ERROR EN EL DISPLAY. SE DEBE REALIZAR CAMBIO DE BATERIAS

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | BATERIAS 8D1600-AMP-12V. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

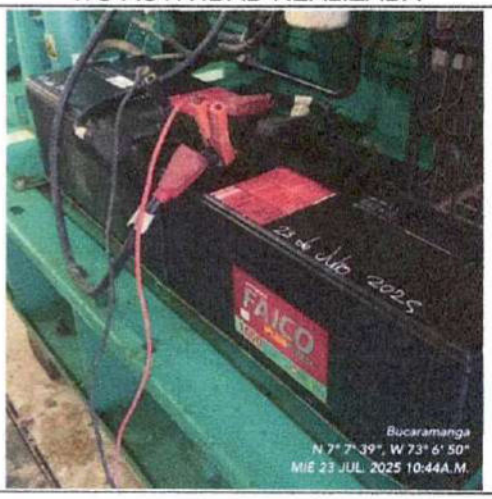
**OBSERVACIONES**

SE REALIZA INSTALACION DE LAS BATERIAS REQUERIDAS, SE BORRA FALLA EN DISPLAY Y SE REALIZAN PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

HERRAMIENTA DE MANO

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
|  |  |





JHAILON HERNANDEZ CALDERON
Nombre del técnico
CC. 91287921

IVAN TORRES
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 91'519.225

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 23 | Hora inicial: | 2:30 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 23 | Hora final: | 3:30 pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Kalley | Modelo: K-AC12S | Serie: 4702126212 | Inventario: HUS20549 |
| Ubicación: Consulta externa C 14. | Tipo de Equipo: Mini split | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza mantenimiento preventivo programado y se evidencia daño en manguera de desagüe la cual se remplaza

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

goteo por daño en manguera de desagüe

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | Manguera de desagüe | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Se realisa prueba de funcionamiento

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de mano

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Fabio Ariel C
Nombre del técnico
CC.

Luz Mary Bucaharo
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1095700189

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 25 | Hora inicial: | 8:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 25 | Hora final: | 9:00 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: n/t | Modelo: n/t | Serie: n/t | Inventario: n/u |
| Ubicación: Pisos sala 7, 8 | Tipo de Equipo: filtro Extractor | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se hace el cambio de filtro a extractores de salas 7, 8 Piso 5

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Se hace el cambio de prefiltros a extractores de las salas 7, 8 piso 5

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | prefiltros | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Cinta foil | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta manual

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Jesus S. Fabio A
Nombre del técnico
CC.

Nathy Cruz
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1096240801

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 28 | Hora inicial: | 8:00 AM. |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 28 | Hora final: | 2:00 PM |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Bonaire | Modelo: BD20-LA012 | Serie: | Inventario: HUS 29150 |
| Ubicación: Bodega reactivos hemocentro | Tipo de Equipo: Deshumidificador. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ X | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☒ x | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza la revisión y se observa que el compresor esta aterrizado y causa corto en el sistema, que no permite el funcionamiento del equipo

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Equipo no enciende.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | capacitor 15uF. | 1 | timer 1432. |
| 1 | Rele termico 1/3 | 2 | fusibles. |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

El equipo debe ser reemplazado

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Pinza voltiamperimetrica.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Diego Botia
Nombre del técnico 91511581
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 29 | Hora inicial: | 7:30 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 29 | Hora final: | 8:30 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: N/A | Modelo: N/A | Serie: N/A | Inventario: N/A |
| Ubicación: PISO 6 central de est. | Tipo de Equipo: Timbre | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se cambia pilas del timbre de central de esterilizacion para su buen funcionamiento y mantenimiento

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | pilas 23 amperios | | |
| 1 | timbre inalambrico | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

timbre funcionando bien.

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

herramientas de mano · pinza amperimetrica.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Nombre del técnico JAIRON HERNANDEZ C.
CC. 91.287.921

Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 63464098 Bley.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | JULIO | Día: | 29 | Hora inicial: | 9:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | JULIO | Día: | 29 | Hora final: | 9:30 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: SPARTS NET | Modelo: SP-70. | Serie: HTC-1. | Inventario: |
| Ubicación: DEPOSITO EQUIPOS BIOMEDICOS P10. | Tipo de Equipo: TERMOHIGROMETRO | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: X | Instalación: X | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

SE REALIZA INSTALACION DE UN TERMOHIGROMETRO CON SU BATERIA.

**INSUMOS U TILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

EL SERVICIO SOLICITA INSTALACION DE TERMOHIGROMETRO.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | TERMOHIGROMETRO | | |
| 1 | BATERIA. AAA. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

SE HACE INSTALACION DE DISPOSITIVO, PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y SE RECIBE A SATISFACCION POR EL SERVICIO

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

HERRAMIENTA DE MANO.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Edgar Murillo.
Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines que establezcan.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | Julio | Día: | 29 | Hora inicial: | |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | Julio | Día: | 29 | Hora final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: SPARTS NET | Modelo: SP-70. | Serie: HTC-1. | Inventario: |
| Ubicación: Neumologia Piso 9. | | Tipo de Equipo: TERMOHIGROMETRO | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ X | Instalación: ☒ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

SE REALIZA INSTALACION DE UN TERMOHIGROMETRO CON SU BATERIA.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

EL SERVICIO SOLICITA INSTALACION DE TERMOHIGROMETRO.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | TERMOHIGROMETRO | | |
| 1 | BATERY. AAA. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

SE HACE INSTALACION DE DISPOSITIVO, PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO Y SE RECIBE A SATISFACCION POR EL SERVICIO

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

HERRAMIENTA DE MANO.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE **MANTENIMIENTO** Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Hoover Moreno
Nombre del técnico
CC.

Yeyeni C. Ardila Slafer
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 37720774.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines para los cuales fueron recolectados.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 29 | Hora inicial: | 1:00 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 29 | Hora final: | 3:00 pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: York | Modelo: Tacoponosga | Serie: n/f | Inventario: Ima-0151 |
| Ubicación: Ortesis y protesis P1 | | Tipo de Equipo: A.A. Paquete. | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza lavado general del equipo para revisión de presiones, se realiza reajuste de gas refrigerante y se hacen adecuaciones de la estructura con cinta foam, se realizan pruebas de funcionamiento.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Equipo no enfria

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 kg | r22 | 2 | cinta foam. |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Se reaben a satsfacion los trabajos realizados

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Hidrolavadora, manometros, pinza Voltiamperimetrica.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Diego Botia
Nombre del técnico
CC. 91511581

Diego Suarez
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 91527029

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 30 | Hora inicial: | 10:30 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 30 | Hora final: | 11:30 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: JTC | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: HUS42W-60 |
| Ubicación: LACTARIOS PISO 4 | Tipo de Equipo: LIQUADORA. INDUSTRIAL. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza cambio de elementos electronicos de la liquadora el cual funcionaba de forma irregular. en daño del pulsador de velocidades.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

pulsador de velocidades en falla

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Diodo Variado | | |
| 1 | Resistencia 10Ω | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Liquadora en funcionamiento

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

herramientas de mano, pinza amperimetrica.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Fabian Hernandez C.
Nombre del técnico
CC.

Jeidy Daniela Tarazona
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1098743147

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 30 | Hora inicial: | 1:00 pm |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 30 | Hora final: | 2:00 pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Fabricado | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: HUS 44129 HUS 06791 |
| Ubicación: Hemocentro. | Tipo de Equipo: Termonevera | | HUS 44136 |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | HUS 44127 |
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☒ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA: S/N-T0203 |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA: |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Cambio de Baterías y Termohidrometro de cabs de Hemocentro, se realiza mantenimiento a 4 termoneveras y limpieza
HUS S/N: T0203 - Cambio de termometro y 2 Bateria: Li-44
HUS 44129 - 02 Bateria AAA

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

No funciona Termometros y No prende.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 2 | Bateria AAA | 2 | Bateria Li 44 |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Termometro. | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

Se entrega en funcionamiento y se recibe a satisfacción por el servicio.

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta de mano.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Victoria Ardila
Nombre del técnico
CC.

Ruben Maldonado
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 13722102

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 08 | Día: | 07 | Hora inicial: | 10:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | | Mes: | | Día: | | Hora final: | 11:00 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Ecox | Modelo: M024C11B | Serie: n/f | Inventario: Hvs2947B |
| Ubicación: Piso 12 - Capacitación, Cultura | Tipo de Equipo: Aire Minisplit | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza el mantenimiento a la tuberia del aire Minesplit, se cambia cinta vinilo en deterioro

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Se solicita revision a condensadoras de Piso 12

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 4 | cinta vinilo | 1 | cinta foam |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta Manual

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Jesus S. Fabio A
Nombre del técnico
CC.

Viviana Muñoz
Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 08 | Día: | 07 | Hora inicial: | 7:00am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 08 | Día: | 07 | Hora final: | 8:00 aM |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Viking | Modelo: kj1284e2g | Serie: n/1 | Inventario: HUS20944 |
| Ubicación: Piso 12-oficina Control inter | Tipo de Equipo: Aire Minisplit | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza el cambio de manguera de desague del aire Minisplit, se hace el cambio de cinta vinilo deteriorada a la toberia del aire minisplit

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Solicitan revision a condensadora de Piso 12

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | manguera desague | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | Gotas vinilo | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta manual

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Jesus S. Fabio A
Nombre del técnico
CC.

- Yerlly Fuentes Estupiñan
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1098728746.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 08 | Día: | 01 | Hora inicial: | 8:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 08 | Día: | 01 | Hora final: | 9:00 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Innovair | Modelo: eV13C2636 | Serie: n/f | Inventario: HUS2770D |
| Ubicación: Piso 12-Gestion Por Procesos | Tipo de Equipo: Aire Minisplit | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se hace el cambio de baterias al control del aire minisplit.
Se realiza cambio de cinta vinilo deteriorada a la tuberia del aire minisplit

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Se Solicita la revision de las condensadoras del Piso 12

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | par baterias AAA | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Cinta Vinilo | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta manual

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Jesus S. Fabio D
Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 63480238

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 08 | Día: | 07 | Hora inicial: | 9:00 AM |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 08 | Día: | 07 | Hora final: | 10:00 AM |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Mirage | Modelo: emf181e | Serie: n/r | Inventario: 1-1533161 |
| Ubicación: Piso 12- Acreditación | Tipo de Equipo: Aire Minisplit | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza el cambio de cinta vinilo por deterioro, a la tuberia del aire Minisplit

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Solicitan el cambio de cinta vinilo a la tuberia del aire minisplit

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 4 | Cinta Vinilo | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Herramienta manual

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Jesus S. Fabio A
Nombre del técnico
CC.

Vivian Pago C
Nombre de quien recibe a conformidad
CC. 1.099.214.023

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 29 | Hora inicial: | 10:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | 07 | Día: | 29 | Hora final: | 11:00 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: n/f | Modelo: n/f | Serie: n/f | Inventario: S/N 10203 |
| Ubicación: Rehabilitacion | Tipo de Equipo: Nevera/Thermometro | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza Cambio de Bateria (2) Lr-44, pero no enciende el Termometro.

Se Realiza Cambio, y se Instalan las 2 Baterias Lr-44 Queda funcionando Bien.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

No prende Thermometro.

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Termometro Digital. | | |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

herramienta de mano

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Haiver Marin
Nombre del técnico
CC.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC.

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de inicio: | Año: | 2025 | Mes: | Agosto | Día: | 4 | Hora inicial: | 8:00 am |
| Fecha de terminación: | Año: | 2025 | Mes: | Agosto | Día: | 4. | Hora final: | 4:00 pm. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca: Frivan Ing. | Modelo: bbn0300lgc | Serie: N/A | Inventario: IMN-02 |
| Ubicación: Hemocentro | Tipo de Equipo: cuarto frio. seroteca 2. | | |

| TIPO DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | | | | FECHA INICIO GARANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Preventivo: ☐ | Correctivo: ☑ | Instalación: ☐ | Evaluación técnica: ☐ | PERIODO GARANTIA |
| | | | | FECHA FIN DE GARANTIA |

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se realiza revisión y se observa daño en el aspa de un ventilador y en cableado electrico de las resistencias, se realiza cambio del aspa y del cable. se hacen pruebas de funcionamiento.

se hace recarga de gas refrigerante.

**INSUMOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**DESCRIPCIÓN DE FALLA REPORTADA**

Temperatura alta. ✓

CODIGO NTC:

**REPUESTOS UTILIZADOS**

| CANT. | DESCRIPCIÓN | CANT. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | aspa 10" | 5kg | R507. |

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

**FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES**
**GAF-IFR-FO-46, Versión 1**
**GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Manometros, pinza voltiamperimetrica, herramienta de mano.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

| ESTADO DEL EQUIPO ANTES DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA | ESTADO DEL EQUIPO DESPUÉS DE MANTENIMIENTO Y/O ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|
| | |

Diego Botia
Nombre del técnico
CC. 91 511 581.

Nombre de quien recibe a conformidad
CC. Apoyo Nva Tecnica

Nombre del personal que avala el mantenimiento
Cargo:

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

INFUSO
INGENIERÍAS.A.S

Bucaramanga, 10 de julio de 2025

Señores:

**HUS - Hospital Universitario de Santander - Bucaramanga**

De acuerdo con su solicitud, en nombre de INFUSO INGENIERIA SAS nos permitimos presentar la propuesta de los productos detallados a continuación así; para suministro de dos baterías de 1600A para la planta eléctrica No.2.

| BATERIAS PLANTA ELECTRICA No.2 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | DESCRIPCIÓN | UNIDAD | CANTIDAD | VR. UNIT | TOTAL |
| 1 | Bateria 1600A | und | 2 | $ 2.232.500 | $ 4.465.000 |
| | | | | SUB TOTAL | $ 4.465.000 |
| | | | | IVA | $ 848.350 |
| | | | | TOTAL | $ 5.313.350 |

Tiempo de Entrega: 3 días hábiles.

Garantía: ESTANDAR 3 MESES, contra defectos de fabricación, siguiendo las recomendaciones del fabricante.

La garantía se restringe a dejar los equipos bajo parámetros, estándares de funcionamiento ya sea mediante la reparación y/o reposición de las partes en caso de fallas ocasionadas por defectos de fabricación, montaje o materiales. Los daños ocasionados por mala operación, mala selección (si esta está a cargo del cliente), aplicación inadecuada, modificaciones al equipo, el no cumplimiento de las políticas y procedimientos adecuados de mantenimiento, almacenamiento, accidentes de trabajo, actos mal intencionados, sabotaje, daños por desastres naturales o eventos fortuitos causados por el medio ambiente están expresamente excluidos de la garantía y los costos de reparación serán por cuenta del comprador.

Esta garantía aplica siempre y cuando se utilicen los mantenimientos, repuestos, y lubricantes originales recomendados por el fabricante y se realice el respectivo arranque de los equipos por parte del personal de servicio técnico de INFUSO INGENIERIA SAS.

En caso de presentarse una falla en componentes del equipo, durante el período. Sin otro particular, siempre con los mejores deseos de servicio.

Cordialmente:

Carlos Calderon

ING. JUAN CARLOS CALDERON
infusosas@gmail.com
Cel: 316 6776057
Gerente General

BATERIAS BATER CAR

Duncan FAICO MAC Willard

Bucaramanga 09 de julio de 2025

**Señores:**

**INFUSO INGENIERIA S A S**

**NIT: 901378311-7**

A continuación, tengo el gusto de presentarle la cotización de las batería de acuerdo a su solicitud

| MARCA | CANTIDAD | REFERENCIA | GARANTIA | PRECIO SIN DESCUENTO IVA INCLUIDO | PRECIO CON DESCUENTO IVA INCLUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| FAICO | 02 | 8 D 1600 AMP | 15 MESES | $ 2.760.000 C/una **Total** $ **5.520.000** | **N/A** |

**El precio con descuento es por dejar baterías usadas.**

- Entrega inmediata
- Domicilio e instalación gratis
- Precios IVA incluido
- **Pago de contado**

CESAR CARDENAS LEON

Representante legal

NIT 91 293 147

Dirección: CLL 57 # 17 A 20 BRR RICAURTE – CEL: 316 415 58 19 - 320 977 61 85

Tel: 696 26 58 - Móvil: 316 415 5819
batecarbga@hotmail.com - Bucaramanga - Col.

**BATERÍAS PUNTO DE ENERGÍA**
ALVARO MARTÍNEZ GUZMÁN
Nit: 91264647-9 Responsable de IVA
CALLE 38 # 6 - 117 LAGOS 2 - Floridablanca
**Tel:** 6958567 - 6482864 - 3154101410 - 3215105817

**COTIZACIÓN**
**No. COT-000966**

CLIENTE: INFUSO INGENIERIA S.A.S

NIT/C.C.: 901378311-7 TELÉFONOS: 3166776057 CIUDAD: FLORIDABLANCA

DIRECCIÓN: CR 65 125 09

FORMA DE PAGO: **EFECTIVO**

| FECHA | DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | 09 | 07 | 2025 |

| FECHA DE VENCIMIENTO | DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | 09 | 07 | 2025 |

| CANT. | REF. | DESCRIPCIÓN | VR. UNI. | DCTO. | % IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 8D 1600A | FAICO 8D<br>FACTURACION ELECTRONICA<br>LA COMPRA VA A ACOMPAÑADA DE REVISION E INSTALACION TECNICA A DOMICILIO.<br>EN CASO DE DEFECTO DE FABRICA LA GARANTIA ES DIRECTA.<br>LA BATERIA ES CON VIGENCIA EN VENTA PARA OPTIMIZAR LA VIDA UTIL.<br>DOMICILIO GRATIS<br>SERVICIO DOMINGOS Y FESTIVOS.<br>FORMA DE PAGO EFECTIVO, TARJETA,CHEQUE O TRANSFERENCIA | 2,252,000 | 0 | 19 | 2,252,000 |

***Valor en letras:*** Cinco Millones Trescientos Cincuenta y Nueve Mil Setecientos Sesenta Pesos

***Observaciones:*** 15 MESES DE GARANTIA CADA BATERIA

VENDEDOR:

NIT/C.C.:

CLIENTE:

NIT/C.C.:

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 4,504.000 |
| DCTO | 0 |
| IVA | 855,760 |
| TOTAL | 5,359,760 |

INFUSO
INGENIERÍA S.A.S

Bucaramanga, 10 de julio de 2025

Señores:

**HUS - Hospital Universitario de Santander - Bucaramanga**

De acuerdo con su solicitud, en nombre de INFUSO INGENIERIA SAS nos permitimos presentar la propuesta de los productos detallados a continuación así; para suministro de bomba de condensado para UMA del área de urgencias.

| BOMBA MAXI ORANGE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | DESCRIPCIÓN | UNIDAD | CANTIDAD | VR. UNIT | TOTAL |
| 1 | Bomba de condensado 220V | und | 1 | $ 734.000 | $ 734.000 |
| | | | | SUB TOTAL | $ 734.000 |
| | | | | IVA | $ 139.460 |
| | | | | TOTAL | $ 873.460 |

Tiempo de Entrega: 3 días hábiles.

Garantía: ESTANDAR 3 MESES, contra defectos de fabricación, siguiendo las recomendaciones del fabricante.

La garantía se restringe a dejar los equipos bajo parámetros, estándares de funcionamiento ya sea mediante la reparación y/o reposición de las partes en caso de fallas ocasionadas por defectos de fabricación, montaje o materiales. Los daños ocasionados por mala operación, mala selección (si esta está a cargo del cliente), aplicación inadecuada, modificaciones al equipo, el no cumplimiento de las políticas y procedimientos adecuados de mantenimiento, almacenamiento, accidentes de trabajo, actos mal intencionados, sabotaje, daños por desastres naturales o eventos fortuitos causados por el medio ambiente están expresamente excluidos de la garantía y los costos de reparación serán por cuenta del comprador.

Esta garantía aplica siempre y cuando se utilicen los mantenimientos, repuestos, y lubricantes originales recomendados por el fabricante y se realice el respectivo arranque de los equipos por parte del personal de servicio técnico de INFUSO INGENIERIA SAS.

En caso de presentarse una falla en componentes del equipo, durante el período. Sin otro particular, siempre con los mejores deseos de servicio.

Cordialmente:

Carlos Calderon

ING. JUAN CARLOS CALDERON
infusosas@gmail.com
Cel: 316 6776057
Gerente General

**Señores:**
INFUSO INGENIERIA S.A.S.

infusosas@gmail.com
3166776057

**Partes y Repuestos**
*Refrigeration, Air Conditioning and Appliance Parts*

INVERPRIMOS S.A.S.
NIT 800.222.648-7
CALLE 14SUR 51C-05 - MEDELLIN
LINEA NACIONAL 3014021882

# COTIZACIÓN

511R / 18318
***Fecha:*** 8/07/2025
***Vigencia:*** 23/07/2025
***Forma de Pago:*** A CONVENIR



| ITEM | DESCRIPCION | MODELO | CANT. | COSTO UNITARIO | - DTO% | COSTO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | BOMBA COND AS 220v MAXI ORANGE 26L/h | FP2299 | 1 | $765.000,00 | | $765.000,00 |

Observaciones:

| | |
|---|---|
| **SUB TOTAL:** | $765.000 |
| **IVA:** | $145.350 |
| **TOTAL:** | $910.350 |

***Atte,***

MIGUEL OLARTE
*INVERPRIMOS S.A.S. NIT: 800.222.648-7*

8/07/2025 1:00:07 p. m.

www.iprpartesyrepuestos.com

**Venta sujeta a disponibilidad de inventario - Los precios pueden cambiar sin previo aviso.**

***LA MAS COMPLETA GAMA EN EQUIPOS Y REPUESTOS PARA REFRIGERACIÓN, AIRE ACONDICIONADO Y LÍNEA BLANCA***

Somos su aliado de Confianza!

Los elementos que deban ser enviados por transportadora desde cualquiera de nuestras sedes con fletes y seguros a cargo del cliente, deben de ser bajo instrucciones explicitas para el despacho, la mercancía será asegurada por el valor comercial salvo instrucciones diferentes. Debido a que los equipos son vendidos y entregados en oficinas INVERPRIMOS, y el cliente es responsable por el costo del envío de su mercancía, INVERPRIMOS se exime de responsabilidad por demoras o averias en el reparto y entrega de la misma en destino, así mismo cualquier trámite de reclamación al que hubiere lugar frente a la compañía de transporte.

CONFORTFRESH®
AIR CONDITIONING

**CONFORTFRESH S.A.S**
Nit: 901016547-5
CARRERA 23 #21-34 P1
Tel: 3851080
Bucaramanga
**IVA REGIMEN COMÚN**
**ACTIVIDAD ECONOMICA 4754**

# COTIZACION DE VENTAS

**COTIZACIÓN**
**No. COT-114765**

## Cliente

**Nombre:** INFUSO INGENIERIA S.A.S **Nit:** 901378311 - 7
**Dirección:** CR 4 47 19
**Ciudad:** Floridablanca
**Teléfono:** 3166776057

**Fecha:** 08/07/2025
**Número pedido:** 114765
**Forma de Pago:** CREDITO 30 DIAS
**Vendedor:** YADIRA AVILES

| Item | Descripción | Referencia | U.M. | Cantidad | Valor Bruto | Dscto. | Valor Items | IVA % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0005864 | BOMBA DE CONDENSADO<br>**Marca:** ASPEN PUMPS | MAXI ORANGE | UND | 1.00 | $ 772,000 | 0 % | $ 772,000 | 19 % |

## Notas

**VALIDEZ DE LA OFERTA: 8 DÍAS**
**Una vez recibida su orden de compra de rejillas con medidas especiales. NO se aceptan cambios por medidas ni devoluciones.**

## Totales

| | |
|---|---|
| Valor Bruto: | $ 772,000.00 |
| Descuentos: | |
| Subtotal: | |
| Valor Impuestos: | $ 146,680.00 |
| **Total** | $ 918,680.00 |

Formas de pago: Tarjeta Débito/Crédito, Transferencias, Leasing, Cheques al día y Posfechados previa aprobación de crédito con aseguradora SEGUREXPO, girar Cheques a nombre de: CONFORTFRESH S.A.S, o consignar en Banco de Bogota Cuenta Corriente: 457000529. Bancolombia Cuenta de Ahorro: 59900017515. Banco Davivienda Cuenta Corriente: 028469993514.
Anticipo mínimo para realizar pedidos de productos de fabricación 50%, Anticipo minino para realizar pedidos de productos importados baja rotación 50%. Penalidad del 20% sobre el valor de su orden de compra/pedidos por incumplimientos, devoluciones, cancelaciones, Cobros por bodegaje, apartir del día 9 de estar almacenado en bodega nacional (1% sobre el valor bruto de la factura por mes o fracción).
La validez de los anticipos para reservar un precio y un producto es de 5 dias, sujeto a existencias de inventario.
Una vez recibida su orden de compra de rejillas con medidas especiales, no se aceptan cambios por medidas ni devoluciones.
Transporte local (solo Barranquilla) aplica desde monto mínimo facturado ($500.000), no incluye descargue. Ver Términos y Condiciones de Garantía dando clic o al respando de esta oferta.
Aplica condiciones y restricciones. Los precios pueden cambiar sin previo aviso. Las existencias dependen de las ventas diarias y están sujetas a verificación.
Es por cuenta del cliente cargue, descargue y transporte de equipos apartir de 6 Tn. Para equipos tipo paquetes tener presente el tipo de montacargas trinche largo, Camión tipo patineta o descarrosado.

| YADIRA AVILES | ANGELICA JOHANNA VALERO PAVA | INFUSO INGENIERIA S.A.S |
|---|---|---|
| Elaborado | Aprobado | Recibido |