MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL S.A.S.
NIT. 900.480.017 - 8 Régimen Común
Mantenimiento, Venta, Repuestos, Accesorios de Equipos Médicos y Apoyo Hospitalario

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

PERSONA JURÍDICA

Yo, **JORGE ENRIQUE GODOY NABOYAN**, identificado con cédula de ciudadanía No. **76.332.108**, en mi condición de Representante Legal de **MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS**, identificada con **Nit 900.480.017-8**, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Yo, **MARIA CAMILA GAMBOA GODOY**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.005.785.676**, y con T**arjeta Profesional No. 340094-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Contador Público de **MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS** identificada con **NIT. 900.480.017-8**, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en SANTIAGO DE CALI, a los 27 días del mes de Noviembre de 2025.

JORGE ENRIQUE GODOY NABOYAN
C.C No. 76.332.108
Representante Legal

MARIA CAMILA GAMBOA G.
Contadora Pública
C.C No. 1.005.785.676
T.P No.340094 -T

ID: 2003

MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS
NIT: 900.480.017-8

Reporte de Servicio Nº **54003**

FECHA: 21 noviembre 15

PERIODO: NOV 09

I. Información General

NOMBRE	HOSPITAL DPTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE	NIT	890.304.155
DIRECCION	CALLE 5 No. 80-00	TELEFONO	(2) 3223232
CIUDAD	CALI	DPTO. VALLE	FAX
PUNTO ATENC.	Urgencias	SERVICIO	
RESPONSABLE	SHIRLEY CHILATRA	CARGO	COORDINADORA ASISTENCIAL
TIPO DE MANTENIMIENTO	Correctivo	(P) Preventivo (C) Correctivo (I) Inspección	

II. Datos del Equipo

NOMBRE	Electrocardiografo	MARCA	
MODELO	SCHILLER AT1	SERIE 140-83259	PLACA 1998
Hora Ini.	9:00 am	- Hora Term. 3:3 Pm	

III. Sistemas de Funcionamiento

DESCRIPCION	B	M	OBSERVACIOINES
ELECTRICO/ELECTRONICO			
Alimentación AC ✓ DC X	—	—	Bateria
Motor(es) AC DC			
Bomba presión Vacio			
Cables/ Conexiones /FibraÓptica	✓		
Transformador/ Resistencia(s)	✓		
Contadores /Relay	✓		
Tarjetas Electrónicas	✓		
Breaker/Fusible	✓		
Baterias(s)	✓		
NEUMATICO			
Cilindros/Gatos			
Válvula/Pera			
Mangueras Tuberias			
Filtros			
Reguladores			
Trampas/Brazalete			
Empaques /Sellos/O-ring			
ACCESORIOS DEL EQUIPO			
CAUSAS DE FALLA			
DESGASTE___ MAL MANEJO___ FALTA DE MANTEN.___			

DESCRIPCION	B	M	OBSERVACIONES
MECANICO			
Rodamientos			
Frenos/Topes/Acople			
Poleas/Piñones			
Ejes/Soportes			
Bandas y Cadenas			
HIDRAULICO			
Cilindros /Gatos			
Válvulas			
Mangueras/Tuberia			
Nivel Aceite Agua Hg			
Filtros			
Reguladores			
Trampas/Chuck			
Empaques /Sellos/O ring			
ASPECTO EXTERIOR			
LCD/Pantallas			
Pilotos/Testigos/Bombillos	✓		
Manómetros			
Interruptores/Pulsadores	✓		
Chasis/Carcasa	✓		
Teclas/Panel de control	✓		
Alarmas	✓		
Pintura	✓		

IV. Solicitud de Compra

1	Bateria 12V	

V. Repuestos Utilizados

1	Bateria 12V		

Observaciones: Equipo Presenta errores en su funcionamiento a bateria, Se realiza reemplazo y limpieza de componentes. funcional.

Ing. Ana Gabriela Unigarro
Reg. Invima No.
RH -202205-0118
Elaborado por

Vo.Bo. Jefe Servicio

Vo.Bo. Coordinador

ITEM	FECHA1	No_REP	AREA	CANT	NOMBRE	PLACA	DX	TIPO_MANT	RU_N6	OBSERVACIONES
214	17-feb-25	52214	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	02-FEB	01. PREVENTIVO		Equipo funcional.
523	14-abr-25	52523	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	04-ABR	01. PREVENTIVO		Equipo funcional.
832	19-jun-25	52832	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	06-JUN	01. PREVENTIVO		Equipo funcional.
1141	19-ago-25	53141	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	08-AGO	01. PREVENTIVO		Equipo funcional.
1450		53450	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	10-OCT	01. PREVENTIVO		Quinto Mantenimiento Preventivo.
1759		53759	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	12-DIC	01. PREVENTIVO		Sexto Mantenimiento Preventivo. M
1856	17-feb-25	53856	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	02-FEB	04. CORRECTIVO	CAL SODADA	CAMBIO DE CAL SODADA.
1857	31-mar-25	53857	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	03-MAR	04. CORRECTIVO	CAL SODADA	Se realiza cambio de cal sodada.
1858	14-mar-25	53858	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	03-MAR	04. CORRECTIVO	CAL SODADA	Se realiza cambio de cal sodada
1859	14-abr-25	53859	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	04-ABR	04. CORRECTIVO	CAL SODADA	Se realiza cambio de cal sodada
1860	28-abr-25	53860	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	04-ABR	04. CORRECTIVO	CAL SODADA	Se realiza cambio de cal sodada
1861	12-may-25	53861	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	05-MAY	04. CORRECTIVO	CAL SODADA	Se realiza cambio de cal sodada
1862	30-may-25	53862	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	05-MAY	04. CORRECTIVO	CAL SODADA	Se realiza cambio de cal sodada
1864	13-jun-25	53864	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	06-JUN	04. CORRECTIVO	CAL SODADA	Se realiza cambio de cal sodada.
1866	27-jun-25	53866	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	06-JUN	04. CORRECTIVO	CAL SODADA	Se realiza cambio de cal sodada
1870	15-jul-25	53870	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	07-JUL	04. CORRECTIVO	CAL SODADA	Se realiza cambio de cal sodada.
1871	30-jul-25	53871	SALA 08	1	MÁQUINA DE ANESTESIA	7634	07-JUL	04. CORRECTIVO	CAL SODADA	Se realiza cambio de cal sodada.

ID: 525

MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS

NIT: 900.480.017-8

Reporte de Servicio Nº 52525

FECHA 14 Abril 25

PERIODO 04-ABR

I. Información General

NOMBRE	HOSPITAL DPTAL. PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE	NIT	890.304.155
DIRECCION	CALLE 5 No. 80-00	TELEFONO	(2) 3223232
CIUDAD	CALI	DPTO. VALLE	FAX
PUNTO ATENC.	SALA 08	SERVICIO	
RESPONSABLE	SHIRLEY CHILATRA	CARGO	COORDINADORA ASISTENCIAL

TIPO DE MANTENIMIENTO: 01. PREVENTIVO (P) Preventivo (C) Correctivo (I) Inspección

II. Datos del Equipo

NOMBRE	MONITOR DE SIGNOS VITALES	MARCA	EDAN		
MODELO	IM70	SERIE	261236-M18708180008	PLACA	2919

Hora Ini. 2:20 - Hora Term. 2:40

III. Sistemas de Funcionamiento

DESCRIPCION	B	M	OBSERVACIOINES	DESCRIPCION	B	M	OBSERVACIONES
ELECTRICO/ELECTRONICO				MECANICO			
Alimentación AC ✓ DC ✓	✓		Puerto AC	Rodamientos	✓		
Motor(es) AC ✓ DC ✓	✓			Frenos/Topes/Acople			
Bomba presión ✓ Vacío	✓			Poleas/Piñones			
Cables/ Conexiones /FibraÓptica	✓			Ejes/Soportes	✓		
Transformador/ Resistencia(s)	✓			Bandas y Cadenas	✓		
Contadores /Relay	✓			HIDRAULICO			
Tarjetas Electrónicas	✓			Cilindros /Gatos			
Breaker/Fusible	✓			Válvulas			
Baterías(s)	✓			Mangueras/Tuberia			
NEUMATICO				Nivel Aceite ___ Agua ___ Hg ___			
Cilindros/Gatos				Filtros			
Válvula/Pera	✓			Reguladores			
Mangueras Tuberias	✓			Trampas/Chuck			
Filtros				Empaques /Sellos/O.ring	✓		
Reguladores				ASPECTO EXTERIOR			
Trampas/Brazalete	✓			LCD/Pantallas	✓		
Empaques /Sellos/O-ring				Pilotos/Testigos/Bombillos	✓		
ACCESORIOS DEL EQUIPO				Manómetros			
Sensor SPO2, Sensor temperatura,				Interruptores/Pulsadores	✓		
cable ECG, cable NIBP				Chasis/Carcasa	✓		
				Teclas/Panel de control	✓		
CAUSAS DE FALLA				Alarmas	✓		
DESGASTE___ MAL MANEJO___ FALTA DE MANTEN.___				Pintura			

IV. Solicitud de Compra

1	Tarjeta fuente (mantenimiento)	

V. Repuestos Utilizados

1	Tarjeta fuente.		

Observaciones: Segundo Mantenimiento Preventivo. Mes de Marzo-Abril/2025. Se realizan los Protocolos de Limpieza y Desinfección de Equipos. Se retroalimenta en Uso Seguro de Tecnología.

Equipo funcional Equipo Presenta falla en puerto de carga se encuentra en revisión en Ofirma biomedica. se instala tarjeta fuente.

Ing Ana Gabriela Unigarro
Ingeniera Biomedica
RH-202205-0118

Vo.Bo. Jefe Servicio

Vo.Bo. Coordinador
HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO SAN ISIDRO
NIT 890.304.155-8
SHIRLEY CHILATRA OSORIO
COORDINADORA ASISTENCIAL

ID: 2004

MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS
NIT: 900.480.017-8

Reporte de Servicio Nº 54004

FECHA 1 NOV 25

PERIODO NOV 09

I. Información General

NOMBRE	HOSPITAL DPTAL. PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE	NIT	890.304.155
DIRECCION	CALLE 5 No. 80-00	TELEFONO	(2) 3223232
CIUDAD	CALI	DPTO. VALLE	FAX
PUNTO ATENC.	Urgencias	SERVICIO	
RESPONSABLE	SHIRLEY CHILATRA	CARGO	COORDINADORA ASISTENCIAL
TIPO DE MANTENIMIENTO	Correctivo	(P) Preventivo (C) Correctivo (I) Inspección	

II. Datos del Equipo

NOMBRE	Monitor de signos Vitales	MARCA	Edan
MODELO	IM70	SERIE	26123G-M18708180074
PLACA	2307		
Hora Ini.	9:10	- Hora Term.	9:30

III. Sistemas de Funcionamiento

DESCRIPCION	B	M	OBSERVACIOINES	DESCRIPCION	B	M	OBSERVACIONES
ELECTRICO/ELECTRONICO				MECANICO			
Alimentación AC ✓ DC ✓	✓			Rodamientos			
Motor(es) AC ✓ DC ✓	✓			Frenos/Topes/Acople	✓		
Bomba presión ✓ Vacío	✓			Poleas/Piñones			
Cables/ Conexiones /FibraÓptica		✓	Sensor SPO2	Ejes/Soportes	✓		
Transformador/ Resistencia(s)	✓			Bandas y Cadenas			
Contadores /Relay				HIDRAULICO			
Tarjetas Electrónicas	✓			Cilindros /Gatos			
Breaker/Fusible	✓			Válvulas			
Baterias(s)	✓			Mangueras/Tuberia			
NEUMATICO				Nivel Aceite Agua Hg			
Cilindros/Gatos				Filtros			
Valvula/Pera	✓			Reguladores			
Mangueras Tuberias	✓			Trampas/Chuck			
Filtros				Empaques /Sellos/O.ring			
Reguladores				ASPECTO EXTERIOR			
Trampas/Brazalete	✓			LCD/Pantallas	✓		
Empaques /Sellos/O-ring				Pilotos/Testigos/Bombillos	✓		
ACCESORIOS DEL EQUIPO				Manómetros			
				Interruptores/Pulsadores	✓		
				Chasis/Carcasa	✓		
				Teclas/Panel de control	✓		
CAUSAS DE FALLA				Alarmas	✓		
DESGASTE___ MAL MANEJO___ FALTA DE MANTEN.___				Pintura			

IV. Solicitud de Compra

1	Sensor SPO2	

V. Repuestos Utilizados

1	Sensor SPO2 (Megasi)		

Observaciones: Equipo Presenta fallas en Sensor SPO2. Se realiza cambio - Equipo funcional

Ing Ana Gabriela Unigarro
Reg. Invima No.
RH-202205-0118
Efectuado por

Daniela R
Vo.Bo. Jefe Servicio

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO
Vo.Bo. Coordinador

ID: 2002

MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS

NIT: 900.480.017-8

Reporte de Servicio Nº 54002

FECHA 25-Junio-25

PERIODO 06-Jun

I. Información General

NOMBRE	HOSPITAL DPTAL. PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE	NIT	890.304.155
DIRECCION	CALLE 5 No. 80-00	TELEFONO	(2) 3223232
CIUDAD	CALI DPTO. VALLE	FAX	
PUNTO ATENC.	Sala 1	SERVICIO	
RESPONSABLE	SHIRLEY CHILATRA	CARGO	COORDINADORA ASISTENCIAL

TIPO DE MANTENIMIENTO: Correctivo (P) Preventivo (C) Correctivo (I) Inspección

II. Datos del Equipo

NOMBRE: Monitor de signos Vitales MARCA: EDAN

MODELO: IMSO SERIE: 360069-M207095 20016 PLACA: 2708

Hora Ini. 4:00 - Hora Term. 4:20

III. Sistemas de Funcionamiento

DESCRIPCION	B	M	OBSERVACIONES
ELECTRICO/ELECTRONICO			
Alimentación AC ✓ DC ✓	✓		
Motor(es) AC ✓ DC ✓	✓		
Bomba presión ✓ Vacío ✓	✓		
Cables/ Conexiones /FibraÓptica		✓	Sensor SPO2
Transformador/ Resistencia(s)	✓		
Contadores /Relay	✓		
Tarjetas Electrónicas	✓		
Breaker/Fusible	✓		
Baterias(s)			
NEUMATICO			
Cilindros/Gatos			
Válvula/Pera	✓		
Mangueras Tuberias	✓		
Filtros			
Reguladores			
Trampas/Brazalete	✓		
Empaques /Sellos/O-ring			
ACCESORIOS DEL EQUIPO			
CAUSAS DE FALLA			
DESGASTE___ MAL MANEJO___ FALTA DE MANTEN.___			

DESCRIPCION	B	M	OBSERVACIONES
MECANICO			
Rodamientos	✓		
Frenos/Topes/Acople			
Poleas/Piñones			
Ejes/Soportes	✓		
Bandas y Cadenas			
HIDRAULICO			
Cilindros /Gatos			
Válvulas			
Mangueras/Tuberia			
Nivel Aceite___ Agua___ Hg___			
Filtros			
Reguladores			
Trampas/Chuck			
Empaques /Sellos/O.ring			
ASPECTO EXTERIOR			
LCD/Pantallas	✓		
Pilotos/Testigos/Bombillos	✓		
Manómetros			
Interruptores/Pulsadores	✓		
Chasis/Carcasa	✓		
Teclas/Panel de control	✓		
Alarmas	✓		
Pintura			

IV. Solicitud de Compra

1	Sensor SPO2

V. Repuestos Utilizados

1	Sensor SPO2 (Megasi)

Observaciones: Equipo presenta Sensor SPO2 en inadecuadas condiciones de funcionamient. Se realiza cambio ok

Ing. Ana Gabriela Uniguerro
Reg Invima No.
INV-20220500118

Vo.Bo. Jefe Servicio

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E. NIT 800.304.155-8 SHIRLEY CHILATRA OSORIO COORDINADORA ASISTENCIAL

Vo.Bo. Coordinador

ID: 1234

MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS

NIT: 900.480.017-8

Reporte de Servicio Nº 53234

FECHA 14 Agosto 25

PERIODO 08-AGO

I. Información General

NOMBRE	HOSPITAL DPTAL. PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE	NIT	890.304.155
DIRECCION	CALLE 5 No. 80-00	TELEFONO	(2) 3223232
CIUDAD	CALI DPTO. VALLE	FAX	
PUNTO ATENC.	URGENCIAS PRECONSULTA	SERVICIO	
RESPONSABLE	SHIRLEY CHILATRA	CARGO	COORDINADORA ASISTENCIAL

TIPO DE MANTENIMIENTO 01. PREVENTIVO (P) Preventivo (C) Correctivo (I) Inspección

II. Datos del Equipo

NOMBRE	MONITOR DE SIGNOS VITALES		MARCA	EDAN	
MODELO	M50	SERIE	333123-M15B07280114	PLACA	2552

Hora Ini. 7:20 - Hora Term. 9:40

III. Sistemas de Funcionamiento

DESCRIPCION	B	M	OBSERVACIONES	DESCRIPCION	B	M	OBSERVACIONES
ELECTRICO/ELECTRONICO				MECANICO			
Alimentación AC ✓ DC ✓	✓			Rodamientos			
Motor(es) AC ✓ DC ✓	✓			Frenos/Topes/Acople			
Bomba presión ✓ Vacío	✓			Poleas/Piñones			
Cables/ Conexiones /FibraÓptica	✓			Ejes/Soportes			
Transformador/ Resistencia(s)	✓			Bandas y Cadenas			
Contadores /Relay	✓			HIDRAULICO			
Tarjetas Electrónicas	✓			Cilindros /Gatos			
Breaker/Fusible	✓			Válvulas			
Baterías(s)	✓			Mangueras/Tuberia			
NEUMATICO				Nivel Aceite Agua Hg			
Cilindros/Gatos				Filtros			
Válvula/Pera	✓			Reguladores			
Mangueras Tuberias	✓			Trampas/Chuck			
Filtros				Empaques /Sellos/O.ring			
Reguladores				ASPECTO EXTERIOR			
Trampas/Brazalete	✓			LCD/Pantallas	✓		
Empaques /Sellos/O-ring				Pilotos/Testigos/Bombillos	✓		
ACCESORIOS DEL EQUIPO				Manómetros			
Coble ECG, Senso. SPO2,				Interruptores/Pulsadores	✓		
				Chasis/Carcasa	✓		
				Teclas/Panel de control	✓		
CAUSAS DE FALLA				Alarmas	✓		
DESGASTE MAL MANEJO FALTA DE MANTEN.				Pintura			

IV. Solicitud de Compra

1	Senso. SPO2 (Megasi)	

V. Repuestos Utilizados

1	Senso. SPO2 (Megasi)	

Observaciónes: Cuarto Mantenimiento Preventivo. Mes de Julio-Agosto/2025. Se realizan los Protocolos de Limpieza y Desinfección de Equipos. Se retroalimenta en Uso Seguro de Tecnología.

Equipo funcional. Se realiza cambio de senso. SPO2

Ing. Ana Gabriela Ungarro
Reg. Invima No. RM-2022053-0118
Efectuado por

Vo.Bo. Jefe Servicio

Vo.Bo. Coordinador

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.005.785.676

GAMBOA GODOY

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

Camila

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-2003

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

21-ENE-2021 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-3100100-01204891-F-1005785676-20210125 0073194908A 1 8501351275

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES



340094-T

MARIA CAMILA
GAMBOA GODOY
C.C. 1005785676
RES. INSCRIPCION 217 DEL 15/04/2025
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

391100 405184

240461/0824

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA