| CRECER BIOMEDICA S.A.S NIT 901713029-1 | FORMATO DE REPORTE MANTENIMIENTO TECNICO-ESPECIALIZADO | CÓDIGO: | CRB-FT-GAT-03 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 00 |
| | | FECHA MODIFICACIÓN: | 01/08/2024 |

CBM-2217-26

## DATOS DEL SERVICIO

| Nombre del Cliente: | Nombre Del Responsable: | Fecha: |
|---|---|---|
| INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCION Y BIENESTAR ANIMAL - IDPYBA | INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCION Y BIENESTAR ANIMAL | 19/06/2026 |
| **Sede:** | **Area:** | **Ubicación:** |
| PRINCIPAL | SEGUIMIENTO Y RECUPERACION | SEGUIMIENTO Y RECUPERACION |
| **Dirección:** | **Teléfono:** | **Ciudad:** |
| CRA. 106A #67-02, ENGATIVÁ | (601) 6477117 | BOGOTÁ |

| Equipo: | Marca: | Modelo: | Serie: | Inventario: |
|---|---|---|---|---|
| NEBULIZADOR | HOMELIFE | AN-832 | 8320E250208250100898 | N.R. |
| **Servicio Solicitado:** | MANTENIMIENTO PREVENTIVO | | | |

## REPORTE DE SERVICIO

| Mantenimiento Preventivo (MP) | X | Mantenimiento Correctivo (MC) | | Instalación (IN) | | Calibración (CA) | | Verificación (VE) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contrato | | Comodato | | Garantía | | Tipo de Garantía | | | |
| Mes Cronograma | | | | Fecha de Inicio | | Hora de Llegada | | Hora Salida | |
| JUNIO | | | | 19/06/2026 | | 8:00 | | 17:00 | |
| | | | | Fecha de Término | | Hora de Llegada | | Hora Salida | |
| | | | | 19/06/2026 | | 8:00 | | 17:00 | |

## DETALLE DE TRABAJO

SE REALIZA VERIFICACIÓN GENERAL DEL EQUIPO, SISTEMA NEUMÁTICO, COMPRESOR, MANGUERAS Y FILTRO, PRUEBA Y VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

| REQUIERE REPUESTOS: | SI | X | NO | REPUESTOS INSTALADOS: | SI | X | NO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| REPUESTO | CANTIDAD | RECIBIDO POR | CODIGO |
|---|---|---|---|
| FILTRO DE SUMINISTRO DE AIRE | 1 | IDPYBA | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |

| INFORMACION DE ENTREGA: | | | | Servicio Concluido: | SI | X | NO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| En Funcionamiento | X | Con Falla | | Fuera de Servicio | | | Dado de Baja | |
| OBSERVACIONES: | Se realiza revision general del equipo y se encuentra en buen estado, se realiza limpieza general del equipo y cambio de filtro | | | | | | | |

| INGENIERO DE SERVICIO | CLIENTE . USUARIO |
|---|---|
|  | |
| JESUS ANDRES RUANO | INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCION Y BIENESTAR ANIMAL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CRECER BIOMEDICA S.A.S NIT 901713029-1 | FORMATO DE PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO TECNICO-ESPECIALIZADO | CÓDIGO: | CRB-FT-GAT-03 |
| | | VERSIÓN: | 00 |
| | | FECHA MODIFICACIÓN: | 01/08/2024 |

CBM-2217-26

| | |
|---|---|
| **Nombre del Cliente:** | **INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCION Y BIENESTAR ANIMAL - IDPYBA** |
| **Ubicación:** | **SEGUIMIENTO Y RECUPERACION** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Equipo:** | **NEBULIZADOR** | | |
| **Marca:** | **HOMELIFE** | **Modelo:** | **AN-832** |
| **Serie:** | **8320E250208250100898** | **Inventario:** | **N.R.** |

| Actividad | SI | NO | N.A |
|---|---|---|---|
| Inspeccionar las condiciones físicas y operativas del equipo, así como las condiciones ambientales en las que se encuentra el mismo. | X | | |
| Efectuar limpieza integral interna y externa del equipo. | X | | |
| Revisión de sistema neumático, mangueras, filtros y sistema de compresión | X | | |
| Revisión de conexiones eléctricas, pines y conectores | X | | |
| Verificar el funcionamiento del equipo en conjunto con el operador. | X | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |

| | |
|---|---|
| **Fecha de Realización:** | 19/06/2026 |



**INGENIERO DE SERVICIO**