| | | | |
|---|---|---|---|
| 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-2246-26

## 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 | 21/07/2026 |
| **Sede:** | **Area:** | **Ubicación:** |
| PRINCIPAL | PUNTO FIJO | QUIROFANO 2 |
| **Dirección:** | **Teléfono:** | **Ciudad:** |
| CRA. 106A #67-02, ENGATIVÁ | (601) 6477117 | BOGOTA |

| Equipo: | Marca: | Modelo: | Serie: | Inventario: |
|---|---|---|---|---|
| MAQUINA DE ANESTESIA | RWD | R620-S1-IPC-5 | H1749101-118L | 232 |
| **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 |
|---|---|---|---|
| JULIO | 21/07/2026 | 8:00 | 17:00 |
| | Fecha de Término | Hora de Llegada | Hora Salida |
| | 21/07/2026 | 8:00 | 17:00 |

## DETALLE DE TRABAJO

SE REALIZA INSPECCIÓN Y LIMPIEZA GENERAL DEL EQUIPO. SE HACE VERIFICACIÓN DEL ESTADO FÍSICO Y FUNCIONAL DEL EQUIPO, SE VERIFICAN BOTONES O MEMBRANAS, SE REALIZA VERIFICACIÓN DE FUGAS EN EL SISTEMA MANUAL Y MECÁNICO, REALIZAN PRUEBAS Y CALIBRACIÓN DE SENSORES DE FLUJO Y CELDA DE OXÍGENO, SE REVISA VÁLVULA ON.OFF Y SISTEMA DE BYPASS, SE REVISA ESTADO EN GENERAL DE EMPAQUES Y O RINGS Y SE VERIFICA EL SISTEMA REPARTIDOR DE GASES.

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

| REPUESTO | CANTIDAD | RECIBIDO POR | CODIGO |
|---|---|---|---|
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |

| INFORMACION DE ENTREGA: | | | | Servicio Concluido: | SI | X | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| En Funcionamiento | X | Con Falla | | Fuera de Servicio | | | Dado de Baja | |

| OBSERVACIONES: | SE RECOMIENDA ADQUIRIR LA MANGUERA DE EVACUACIÓN DE GASES EN LA VÁLVULA APL PARA ASEGURAR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE EXTRACCIÓN DE GASES ANESTÉSICOS. |
|---|---|

| 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-2246-26**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Cliente:** | **INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCION Y BIENESTAR ANIMAL - IDPYBA** |
| **Ubicación:** | **QUIROFANO 2** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Equipo:** | **MAQUINA DE ANESTESIA** | | |
| **Marca:** | **RWD** | **Modelo:** | **R620-S1-IPC-5** |
| **Serie:** | **H1749101-118L** | **Inventario:** | **232** |

| Actividad | SI | NO | N.A |
|---|---|---|---|
| Inspeccionar el equipo en forma externa. | X | | |
| Efectuar limpieza integral externa e interna del equipo. | X | | |
| Verificar el estado físico y funcional del equipo. | X | | |
| Verificar funcionamiento de membranas o pulsadores. | X | | |
| Verificar fugas en el sistema manual de ventilación. | X | | |
| Verificar fugas en el sistema mecánico de ventilación. | X | | |
| Efectuar pruebas y calibración de flujómetros y la celda de oxígeno. | X | | |
| Verificar estado de válvulas y empaques. | X | | |
| Verificar sistema repartidor de gases. | X | | |
| Verificar completo funcionamiento del equipo. | X | | |

| | |
|---|---|
| **Fecha de Realización:** | 21/07/2026 |



**INGENIERO DE SERVICIO**