



DATOS INSTITUCIONALES

Sede

CIRCUNVALAR

Laboratorio

SIMULACION CLINICA

Facultad

MEDICINA

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EQUIPO

Nombre del Equipo

BASCULA PESA BEBE

Accesorios

3 PESAS DE 4KG

Marca

DETECTO

Modelo

REF-95397

Serial

SIN

Placa UAN

001118 -
001058

Cantidad

2

Ubicación dentro del
laboratorio

HOSPIT 2 Y SALA SIM. 1

ESTADO DEL EQUIPO

MODALIDAD DE ADQUISICIÓN / DISPONIBILIDAD

MANUALES

Normal

Compra

X

Comodato

Virtual

Físico

Irregular

X

Arriendo

Donación

Otro/Cual

Fuera de servicio/De Baja

Observaciones

REVISION

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EQUIPO
Aplicación o Uso (Información Funcional)

ES UN INSTRUMENTO QUE PERMITE LA MEDICION DEL PESO CORPORAL DE LOS BEBES

DILIGENCIAMIENTO ÁREA DE ACTIVOS

(ESPACIO EXCLUSIVO DE DILIGENCIAMIENTO ÁREA DE ACTIVOS)

Clase de Activo

Clase (Cuenta
Contable)Código SISTEMA
ACTIVOS

Fecha de Adquisición

Código Ubicación
SISTEMA

Proveedor (NIT)

Proveedor (Nombre)

Valor de Adquisición

Fecha Finalización
de garantíaDatos de Contacto/ Relación con Orden de Compra
(Teléfonos, Página WEB, correo electrónico, Funcionario Contacto)

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CLASIFICACIÓN BIOMEDICA/ NIVEL RIESGO

TECNOLOGIA PREDOMINANTE

CLASIFICACION DE RIESGO POR USO

Diagnóstico

I (A) Riesgo Bajo

X

Eléctrica

Hidráulica

Mecánico

Radiaciones

Soporte de vida

IIa(B) Riesgo Moderado

Electrónica

Mecánica

X

Eléctrico

Químico o
Biológico

Otro

X

IIb (C) Riesgo Alto

Electromecánica

Neumática

Térmico

Incendio o
Explosión

Cual?	MEDICION	IIID (D) Riesgo Muy Alto		Otra/Cual?		Ruido/Vibraciones	Ergonómico (Carga visual o postural)
						Otro/ Cuál?	
Voltaje (Voltios)		Intensidad Corriente (Amperaje - Amperios)		Potencia (Watts)		Otras Variables (Grado de Precisión, Fase, Frecuencia, velocidad de Operación, entre otras)	
Capacidad (Kilogramos, litros)		Temperatura (Grados Centígrados)		Presión (Kg/cm)			
Rango de Medición		Rango de precisión		Dimensiones (Altura, Longitud, Diámetro, peso)	0-4Kg		

Observaciones

INDICACIONES DE USO

Condiciones de Operación (Calibración inicial, Formateo, entre otras)

Condiciones de Seguridad

REGISTRO DE MANTENIMIENTO

FECHA			No. REPORTE DE SERVICIO	ACTIVIDAD			DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL O TÉCNICO	NOMBRE DE LA EMPRESA	APROBACIÓN
DD	MM	AA		MANTENIMIENTO PREVENTIVO	MANTENIMIENTO CORRECTIVO	OTRO / CUAL?				

RECOMENDACIÓN DE FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO

ELABORADO POR :

NOMBRE YEIMY CONTRERAS **NOMBRE:** EQUIPO DE LSC Y COORDINACION NACIONAL DE LABORATORIOS

CARGO: AUXILIAR DE LABORATORIO **CARGO:**