	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN - SIGUAN								Código				
	GESTIÓN DE PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO								Versión		V2		
	FORMATO FICHA TÉCNICA EQUIPOS DE LABORATORIO								Fecha		14/01/2020		
									Página		1		
DATOS INSTITUCIONALES													
Sede		CIRCUNVALAR		Laboratorio		SIMULACION CLINICA			Facultad		MEDICINA		
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EQUIPO													
Nombre del Equipo		MESA DIGITAL ANATOMAGE											
Accesorios		CONTROLADOR HDMI, CABLES DE PODER, CABLE WIFI											
Marca		ANATOMAGE	Modelo	MTD		Serial	MTD09-1313		Placa UAN	022975			
Cantidad		1	Ubicación dentro del laboratorio		HOSPIT 3								
ESTADO DEL EQUIPO			MODALIDAD DE ADQUISICIÓN / DISPONIBILIDAD				MANUALES						
Normal		X	Compra	X	Comodato		Virtual	X	Físico	X			
Irregular			Arriendo		Donación		Otro/Cual						
Fuera de servicio/De Baja			Observaciones		BUEN ESTADO								
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EQUIPO Aplicación o Uso (Información Funcional)			SE USA PARA EL ESTUDIO DE LA ANATOMIA DEL CUERPO HUMANO										
DILIGENCIAMIENTO ÁREA DE ACTIVOS (ESPACIO EXCLUSIVO DE DILIGENCIAMIENTO ÁREA DE ACTIVOS)													
Clase de Activo		EQUIPO MEDICO Y CIENTÍFICO 10 AÑOS		Clase (Cuenta Contable)			Código SISTEMA ACTIVOS						
Fecha de Adquisición		01/09/2019		Código Ubicación SISTEMA		PPE0032668		Proveedor (NIT)		800240039			
Proveedor (Nombre)		ANDINA DE TECNOLOGIAS S A S		Valor de Adquisición		315.000.000,00		Fecha Finalización de garantía					
Datos de Contacto/ Relación con Orden de Compra (Teléfonos,Página WEB, correo electrónico, Funcionario Contacto)													
ESPECIFICACIONES TECNICAS													
CLASIFICACIÓN BIOMEDICA/ NIVEL RIESGO						TECNOLOGIA PREDOMINANTE			CLASIFICACION DE RIESGO POR USO				
Diagnóstico			I (A) Riesgo Bajo			Eléctrica		Hidráulica		Mecánico		Radiaciones	
Soporte de vida			IIa(B) Riesgo Moderado		X	Electrónica	X	Mecánica		Eléctrico	X	Químico o Biológico	
Otro		X	IIb (C) Riesgo Alto			Electromecánica		Neumática		Térmico		Incendio o Explosión	
Cual?		ENSEÑANZA		IIID (D) Riesgo Muy Alto			Otra/Cual?			Ruido/Vibraciones		Ergonómico (Carga visual o postural)	



						Otro/ Cuál?				
Voltaje (Voltios)		100-240V	Intensidad Corriente (Amperaje - Amperios)	10A	Potencia (Watts)	1150W-850W	Otras Variables (Grado de Precisión, Fase, Frecuencia, velocidad de Operación, entre otras)	FRECUENCIA:50-60Hz		
Capacidad (Kilogramos, litros)			Temperatura (Grados Centígrados)	0-40°C	Presión (Kg/cm)					
Rango de Medición			Rango de precisión		Dimensiones (Altura, Longitud, Diámetro, peso)	2,2m X 0,7m X 0,9m PESO: 136Kg				
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	NOMBRRE DE LA EMPRESA	APROBACIÓN
DD	MM	AA		MANTENIMIENTO PREVENTIVO	MANTENIMIENTO CORRECTIVO	OTRO / CUAL?				
04	09	19	2866		X		LIMPIEZA COMPLETA DE TOUCH, REVISION DEL SOFTWARE, ASEGURAMIENTO DEL SENSOR Y CONEXIONES	PABLO BOHORQUEZ	ANDITECNICA	SANDRA CORZO
01	11	19	2895	X			INSTALACION, INCORPORACION, TRANSFERENCIA, CLASIFICACION DE SOFTWARE E IMAGENES Y CAPACITACION	PABLO BOHORQUEZ	ANDITECNICA	SANDRA CORZO
RECOMENDACIÓN DE FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO				SE RECOMIENDA CAPACITACION TOTAL DE TODO EL SISTEMA						
ELABORADO POR :						REVISADO POR:				
NOMBRE			YEIMY CONTTRERAS			NOMBRE:				
CARGO:			AUXILIAR DE LABORATORIO			CARGO:				

Información del Cliente				Información del Servicio			
Cliente:	CASA DE LA CULTURA			Diagnóstico:	Mantenimiento Preventivo	Mantenimiento Correctivo	
Responsable:	CARLOS RODRIGUEZ			Servicio Remoto/Virtual	Servicio Telefónico	Instalación:	
Dirección:	Calle 1234	Ciudad:	BOGOTÁ	Capacitación:	Otros:	ID:	
Teléfono:	555 1234	E-mail:	carlos@casadelacultura.com	<b>Importante!</b> Equipo en Garantía:	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Garantía del Servicio:	
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Información del Equipo										
Unidad de Negocio:	Tecnología			Equipo:	T4000			Marca:	TOSHIBA	
Modelo:	T4000		Serie:	417 0094 - 1111		Clase de equipo:		Básico	Medio	<input checked="" type="checkbox"/> Avanzado

### Descripción Labores Realizadas

**Nota importante:** El cliente se hace responsable de revisar y seguir las instrucciones indicadas en el (los) manual (les) de mantenimiento y operaciones correspondiente (s) a el (los) equipo(s), para evitar futuras fallas en el funcionamiento normal de (los) equipo(s).

Herramientas usadas en el trabajo	Consumibles usados en el trabajo	Repuestos usados en el trabajo

En caso de marcar la opción "capacitación" diligencie el formato "asistencia a capacitación". Este reporte no es valido como factura

[illegible]



FO-GST-002  
V:02  
Junio de 2017

Calle 34 No. 81-19 Medellín - Colombia • PBX: (57 4) 816 40 40 • soporte tecnico@anditecnica.com • [www.anditecnica.com](http://www.anditecnica.com)

### Información del Servicio

Cliente:	MARCELO TELLO CILLAO			Diagnóstico:	Mantenimiento Preventivo:	Mantenimiento Correctivo:
Responsable:	CARLOS CILLAO			Servicio Remoto/Virtual:	Servicio Telefónico:	Instalación:
Dirección:	Código:	RUC-18		Capacitación:	Otros:	ID:
Teléfono:	E-mail:			Importante:	Equipo en Garantía:	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Garantía del Servicio:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

### Información del Equipo

Unidad de Negocio:	TUBERIAS PLASTICAS		Equipo:	TUBERIA PLASTICA		Marca:	TUBERIAS PLASTICAS	
Modelo:	TUBERIAS PLASTICAS		Serie:	TUBERIAS PLASTICAS		Clase de equipo:	Banco	Medio




### Descripción Labores Realizadas

**Nota importante:** El cliente se hace responsable de revisar y seguir las instrucciones indicadas en el (los) manual (les) de mantenimiento y operación correspondiente (s) a el (los) equipo(s), para evitar futuras fallas en el funcionamiento normal de (los) equipo(s).

Herramientas usadas en el trabajo

Consumibles usados en el trabajo

Repuestos usados en el trabajo


 <p>Indique el tiempo de duración del servicio.</p>	Fecha	Hora			Recibe a Satisfacción:  
		INICIO	TERMINA		
	27/04/19	10:00	11:00	Firma Técnica:	Firma y sello del cliente
				NOMBRE:	NOMBRE:
				CC:	CC: