	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	MONITOR TOUCH FETAL DE BEBE HAL						
Accesorios	CABLE DE PODER						
Marca	ELO	Modelo		Serial		Placa UAN	035201
Cantidad	1	Ubicación dentro del laboratorio	SALA SIM. 1				

ESTADO DEL EQUIPO		MODALIDAD DE ADQUISICIÓN / DISPONIBILIDAD				MANUALES			
Normal		Compra	X	Comodato		Virtual	X	Físico	
Irregular	X	Arriendo		Donación		Otro/Cual			
Fuera de servicio/De Baja		Observaciones	EQUIPO INCOMPLETO						

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EQUIPO Aplicación o Uso (Información Funcional)	AREA ASISTENCIAL, SERVICIO OBSTETRICO

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 Adquisión		*Fecha Finalización de garantía*	
Datos de Contacto/ Relación con Orden de Compra (Telefónos,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	X	IIa(B) Riesgo Moderado	X	Electrónica	X	Mecánica		Eléctrico		Químico o Biológico	
Otro		IIb (C)Riesgo Alto		Electromecánica		Neumática		Térmico		Incendio o Explosión	X
Cual?		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)**			
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**		**MANTENIENTO PREVENTIVO**	**MANTENIMIENTO CORRECTIVO**	**OTRO / CUAL?**				

RECOMENDACIÓN DE FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO	

ELABORADO POR :		**REVISADO POR:**	
NOMBRE	**YEIMY CONTRERAS**	**NOMBRE:**	**EQUIPO DE LSC Y COORDINACION NACIONAL DE LABORATORIOS**
CARGO:	**AUXILIAR DE LABORATORIO**	**CARGO:**	