

	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	SIMULADOR CON CAJA DE RITMOS CARDIACOS											
Accesorios	SIMULADOR INTERACTIVO DE ECG											
Marca	SIMULAIDS	Modelo	STAT		Serial	KST0703171		Placa UAN	035226			
Cantidad	1	Ubicación dentro del laboratorio	SALA SIM. 2									
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	REVISION - MANTENIMIENTO									
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EQUIPO Aplicación o Uso (Información Funcional)		SIMULADOR CON ACCESORIO DE SIMULADOR ECG, CON PUNTOS DE DESFRIBILACION Y MONITORIZACION, TAMBIEN UTILIZADO PARA RCP										
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 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		X	Eléctrica		Hidráulica		Mecánico		Radiaciones	
Soporte de vida		IIa(B) Riesgo Moderado			Electrónica	X	Mecánica		Eléctrico		Químico o Biológico	
Otro	X	IIb (C) Riesgo Alto			Electromecánica		Neumática		Térmico		Incendio o Explosión	X



Cual?	MEDIANA FIDELIDAD		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	NOMBRR E DE LA EMPRESA	APROBACIÓN		
DD	MM	AA		MANTENIMIENTO PREVENTIVO	MANTENIMIENTO CORRECTIVO	OTRO / CUAL?						
30	04	12	OTT-1056		X		FALLO EN EL SISITEMA DE DESFRIBILACION ECG	JESUS DAVILA	SCHMIDT SUCEORES	GUSTAVO ROJAS		
18	05	12	OTT-10741		X		CAMBIO DE CABLE ECG	JESUS DAVILA	INCOLMEDICAS	GUSTAVO ROJAS		
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:					

				REPORTE DE SERVICIO TÉCNICO: OTT-10569	
				Fecha reporte:	30-abr-12
INFORMACIÓN GENERAL					
Empresa: SCHMIDT SUCESORES S.A.S. Modelo: 13003946 Ciudad: BOGOTÁ S / N : KST0703171 Solicitante: Manuel Castro Ubicación:	Marca: Ambu T. Servicio: Diagnóstico	Máquina: REF: #P03395U MARCA: SMI/DAVIS -USA- ESCENARIO N. Solicitud: 8270 Fecha Sol.: 11-abr-12 Hora Sol.: 12:38 N. Cotizaciór: —	N. OT: OTT-10569 F. Servicio: 30-abr-12 H. Llegada: 09:00 T. Presup. :		
SITUACIÓN INICIAL					
SE SOLICITA REVISIÓN DEL EQUIPO SOLICITADA POR EL USUARIO FINAL, ARGUMENTA QUE HAY UN FALLO EN EL SISTEMA DE DESFIBRILACIÓN Y ECG. <i>Se solicita la capacitación del equipo en las instalaciones del cliente final, dirección: CARRETERA 3 ESTE No. 47A-15</i>					
TRABAJO REALIZADOS					
Se realiza revisión del moniqui en las instalaciones del usuario detectando que el cable de ECG presenta problemas de contacto con el cable interno del moniqui; se procedera realizar el tramite de garantía para reemplazar el cable.					
PIEZAS REEMPLAZADAS / ELEMENTOS ENTREGADOS					
NOMBRE		REFERENCIA	CANT.	OBSERVACIONES	
OBSERVACIONES Y / O RECOMENDACIONES					
RELACIÓN DE HORAS DE TRABAJO					ESPACIO PARA EL CLIENTE
FECHA	TIEMPO DE TRABAJO		ACTIVIDAD	Horas	Comentarios sobre el servicio
	DESDE	HASTA			
Nombre del Técnico:			Nombre:		
HUGO JESUS DAVILA CHAVEZ			AUTAN ROTA MEDINA		
Firma:			Cargo:		
			PROFESOR		
			Firma:		

Calle 36 No. 15-42 A.A. 30892 -PBX: 287 1811 FAX : 232 5195 -Bogotá, D.C. - Nit. 860.070.078-3
 Web: www.imcolmedica.com.co - E-mail: Servicio@imcolmedica.com.co



IMCOLMEDICA S. A.
IMPORTADORA COLOMBIANA DE ELEMENTOS MEDICOS

REPORTE DE SERVICIO TÉCNICO:

OTT-10741

Fecha reporte:
18-may-12

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa:	SCHMIDT-SUCESORES S.A.S	Máquina:	REF. PP000001 MARCA: SIMULADOS -USA- ESCENARIOS		
Modelo:	13000948	N. Solicitud	8270	N. OT	OTT-10741
Ciudad:	BOGOTÁ	T. Servicio:	Inspección de Producto	F. Servicio:	18-may-12
S / N :	KST0700171	Fecha Sol.:	11-abr-12	H. Llegada	08:00
Solicitante:	Manuel Castro	Hora Sol.:	12:38	T. Presup. :	
Ubicación:	CRA 28 A No. 50-52				
N. Cotizador	—				

SITUACIÓN INICIAL

SE SOLICITA REVISIÓN DEL EQUIPO SOLICITADA POR EL USUARIO FINAL. ARGUMENTA QUE HAY UN FALLO EN EL SISTEMA DE DESFIBRILACION Y ECG.
Se solicita la capacitación del equipo en las instalaciones del cliente final, dirección: CARRERA 3 ESTE No. 47A-15

TRABAJO REALIZADOS

Se realiza el reemplazo del cable de ECG en calidad de garantía, se realizan pruebas funcionales con resultados satisfactorios.

PIEZAS REEMPLAZADAS / ELEMENTOS ENTREGADOS

NOMBRE	REFERENCIA	CANT.	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES Y / O RECOMENDACIONES

RELACIÓN DE HORAS DE TRABAJO

FECHA	TIEMPO DE TRABAJO		ACTIVIDAD	Horas	ESPACIO PARA EL CLIENTE Comentarios sobre el servicio
	DESDE	HASTA			

Nombre del Técnico:
HUGO JESUS DAVILA CHAVEZ

Firma:

Nombre: **JUSTIN ROJAS MEDINA**

Cargo: **PROFESOR INSTRUCTOR**

Firma: **grojasmed@gmail.com**

Calle 36 No. 5-42 A.A. 30892 -PBX. 287 1811 FAX: 232 5165 -Bogotá, D.C. - Nit. 860.070.078-3

Web: www.imcolmedica.com.co - E-mail: Servicio@imcolmedica.com.co