|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CENTRO DE ATENCION**: | | | **EQUIPO**: | | | | | | | | | **MARCA:** | | | | | | |
| **SERIE:** | | | **MODELO:** | | | | | | | | | **SERVICIO:** | | | | | | |
| **MES-AÑO PROGRAMADOS PARA EL MTO PREVENTIVO** | | | | | | | | **mm/aaaa** | | | | | |  | | | | |
| PRESENTA FALLAS EL EQUIPO | | | | **S** | **N** | ¿Cuál? | |  |  | | | | |  |  | | | |
| **RT** | **RUTINA DE MTO SEGÚN PROTOCOLO** | | | | | | | **RT** | B | R | A | | NA | **RT** | B | R | A | NA |
| 1 | INSPECCION DE CONDICIONES AMBIENTALES | | | | | | | 1 |  |  |  | |  | 1 |  |  |  |  |
| 2 | LIMPIEZA INTEGRAL EXTERNA | | | | | | | 2 |  |  |  | |  | 2 |  |  |  |  |
| 3 | LIMPIEZA INTEGRAL INTERNA (TARJETAS) | | | | | | | 3 |  |  |  | |  | 3 |  |  |  |  |
| 4 | VERIFICACION DE MODOS DE FUNCIONAMIENOTO | | | | | | | 4 |  |  |  | |  | 4 |  |  |  |  |
| 5 | VERIFICACION DE FUNCION DE PLACA DE RETORNO | | | | | | | 5 |  |  |  | |  | 5 |  |  |  |  |
| 6 | VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO DE PEDALES | | | | | | | 6 |  |  |  | |  | 6 |  |  |  |  |
| 7 | VERIFICACION SISTEMA ELECTRICO Y CABLE DE PODER | | | | | | | 7 |  |  |  | |  | 7 |  |  |  |  |
| 8 | VERIFICACION FUNCION PIEZA DE MANO O LAPIZ | | | | | | | 8 |  |  |  | |  | 8 |  |  |  |  |
| 9 | VERIFICACION DE ALARMAS | | | | | | | 9 |  |  |  | |  | 9 |  |  |  |  |
| 0 | VERIFICION FUNCIONAMIENTO GENERAL | | | | | | | 0 |  |  |  | |  | 0 |  |  |  |  |
| **INGENIERO ENCARGADO**  **(NOMBRE Y FIRMA)** | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| **RECIBO A SATISFACCIÓN**  **(NOMBRE Y FIRMA)** | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| ***RT (Rutina de mnto), EB(Equipo Biomédico),***  ***B=BIEN, R=REGULAR, A=AVERIADO ,NA=NO APLICA*** | | | | | | | **FECHA:** |  | | | | | |  | | | | |
| ***OBSERVACIONES Y/O REPUESTOS USADOS*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |