|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |