|  |
| --- |
|  **GENERALIDADES** |
|  NOMBRE EQUIPO**:**  |  |
|  CÓDIGO**:**  |
|  MARCA:  |
|  MODELO**:**  |
|  SERIE:  |
|  REGISTRO INVIMA:  |

|  |
| --- |
| **UBICACIÓN** |
| PRESTADOR CENTRO DE ATENCION –PUESTO DE SALUD: | DIRECCIÓN: |
|  NIT: 822006595-1 | SERVICIO:  |

|  |
| --- |
| **REGISTRO HISTÓRICO** |
|  NOMBRE PROVEEDOR:  |  GARANTÍA:  |
|  FECHA INSTALACIÓN:  |  COSTO:  |
|  INVENTARIO N°: 001 |  VIDA ÚTIL:  |

|  |
| --- |
| **REGISTRO TÉCNICO**□□□ |
| VOLTAJE DE OPERACIÓN:  | RIESGO: I  IIA IIB III □ □□ |
| CORRIENTE OPERACIÓN:  | MANUAL:  TÉCNICO OPERACIÓN |
| CAPACIDAD:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FUENTE DE ALIMENTACIÓN**□ □ |  |
| ELÉCTRICA □ □ |  |
| BATERÍA  □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| OTRA  CUAL:  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES** |
| Periodicidad de mantenimiento: Cada 6 meses. Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de acuerdo a las recomendaciones del fabricante. |