

Fecha: <u>19-8-24</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>HOSPITALISACION</u>			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>HOSPITALISACION</u>		Inventario No. _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>TRISMETAL</u>			
Notas: _____			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>APRESTADO Y ENGRASADO</u>			
Materiales Utilizados:			
<u>Revestrante Aceite destria</u>			
Condición Final <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<u>EN BUENA CONDICIONE</u>			
Nombre del Electromédico _____		Encargado de Área _____	

Fecha: <u>10-8-24</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>ESMET JECIA</u>		Modelo: _____	
Marca: _____		Serie: _____	
Ubicación: <u>ESMET JECIA</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/>		Otro: <u>trismetar</u>	
Notas: _____			
Descripción de Acciones			
Inspección Física	<input checked="" type="checkbox"/>		
Revisión Operacional	<input checked="" type="checkbox"/>		
Verificación Autodiagnóstico	<input checked="" type="checkbox"/>		
Otras acciones:			
<u>APRESTARLO Y ENGRASADO</u>			
Materiales Utilizados			
<u>penetrante Aceite destria</u>			
Condición Final		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<u>EN BUENA CONDICIÓN</u>			
Nombre del Electromédico		Encargado de Área	

Fecha: <u>15-8-24</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>SALON de CONFERENCIA</u>		Modelo: _____	
Marca: _____		Serie: _____	
Ubicación: <u>SALON de CONFERENCIA</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>trismetal</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física	<input checked="" type="checkbox"/>		
Revisión Operacional	<input checked="" type="checkbox"/>		
Verificación Autodiagnóstico	<input checked="" type="checkbox"/>		
Otras acciones:			
<u>Apertado y engrasado</u>			
Materiales Utilizados			
<u>penetrante Aceite destia</u>			
Condición Final <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<u>EN BUENA Condición e</u>			
Nombre del Electromédico		Encargado de Área	

Fecha: <u>9-8-24</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>ASMINITACION</u>			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>ASMINITACION</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>this meter</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>APRESTADO y ENGRASADO</u>			
Materiales Utilizados:			
<u>PENETRANTE Aceite destada</u>			
Condición Final ✓ <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>			
<u>EN BUENA CONDISIONE</u>			
Nombre del Electromédico _____		Encargado de Área _____	

Fecha: <u>10-8-24</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>SALA de espeja</u>			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>SALA de espeja</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>trismetal</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>APRESTADO y ENGRASADO</u>			
Materiales Utilizados:			
<u>penetrante Aceite destria.</u>			
Condición Final <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<u>EN BUENA CONDICIOME</u>			
Nombre del Electromédico		Encargado de Área	

Fecha: <u>09/08/2020</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: _____			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>Planta eléctrica</u>		Inventario No. _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>semana</u>			
Notas: _____			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>Verificación de nivel gasolina, aceite y limpieza</u>			
Materiales Utilizados:			
<u>brocha, toalla, cubo, mopo y escoba.</u>			
Condición Final <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<u>En buen estado.</u>			
Nombre del Electromédico _____		Encargado de Área _____	

Fecha: <u>02/08/2024</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>UPS</u>			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>Emergencia curso eléctrico</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>Trimestral</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>Verificación de voltaje y programación</u>			
Materiales Utilizados:			
<u>Amperímetro.</u>			
Condición Final <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<u>En buen estado.</u>			
Nombre del Electromédico		Encargado de Área	

Fecha: <u>06/08/2024</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>Sub-Estación</u>			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: _____		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>mensual</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones:			
Inspección Física	<input checked="" type="checkbox"/>		
Revisión Operacional	<input checked="" type="checkbox"/>		
Verificación Autodiagnóstico	<input checked="" type="checkbox"/>		
Otras acciones:			
<u>Limpieza en general, Verificación de voltaje y Amperaje</u>			
Materiales Utilizados			
<u>Amperímetro</u>			
Condición Final <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<u>En buen estado.</u>			
Nombre del Electromédico		Encargado de Área	

Fecha: <u>02/08/2024</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>TRANSFERS SWITCH AUTOMATICO</u>			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>Al lado de la planta</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>mensual</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>Limpieza general, verificaciones de voltaje y amperaje.</u>			
Materiales Utilizados:			
<u>Amperímetro, brocha. Taller.</u>			
Condición Final <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<u>En buen estado</u>			
Nombre del Electromédico		Encargado de Área	

FECHA		FICHA No.	
08/08/2024			
Datos del Equipo			
Nombre: Panel board.			
Marca:		Modelo:	
Serie:		Inventario No.:	
Ubicación: Todos			
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: mensual			
Notas:			
Descripción de Acciones			
Inspección Física	<input checked="" type="checkbox"/>		
Revisión Operacional	<input checked="" type="checkbox"/>		
Verificación Autodiagnóstico	<input checked="" type="checkbox"/>		
Otras acciones:			
Verificación de cargas			
Materiales Utilizados			
Amperímetro.			
Condición Final <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
En buen estado.			
Nombre del Electromédico		Encargado de Área	

Fecha: _____		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>Paneles de distribución</u>			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>Todas las áreas</u>		Inventario No. _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>mensual</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>Limpieza general y verificación de voltaje</u>			
Materiales Utilizados			
<u>Aspirador, brocha y tuala para despolvar</u>			
Condición Final ✓ <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>			
<u>En buen estado</u>			
Nombre del Electromédico _____		Encargado de Área _____	

Fecha: <u>05/08/2024</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>Luminarias</u>		Modelo: _____	
Marca: _____		Serie: _____	
Ubicación: <u>Todas las áreas</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/>		Otro: <u>mensual</u>	
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física	<input checked="" type="checkbox"/>		
Revisión Operacional	<input checked="" type="checkbox"/>		
Verificación Autodiagnóstico	<input checked="" type="checkbox"/>		
Otras acciones:			
<u>Limpieza, Verificación de aislamiento</u>			
Materiales Utilizados:			
<u>brocha, Amperímetro</u>			
Condición Final		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<u>En buen estado</u>			
Nombre del Electromédico		Encargado de Área	

Fecha: <u>20/08/2021</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: _____			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>Bomba agua</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>mensual</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>verificación de presión y consumo.</u>			
Materiales Utilizados			
<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>			
Condición Final		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>			
Nombre del Electromédico _____		Encargado de Área _____	

Fecha: <u>15/08/2024</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>Oficina Técnica</u>			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>Oficina Técnica</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>Trimestral</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>Verificación de funcionamiento.</u>			
Materiales Utilizados:			
Condición Final ✓ <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>			
<u>En buen Estado.</u>			
Nombre del Electromédico _____		Encargado de Área _____	

Fecha: <u>15/08/2024</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>Consultorios</u>			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>consultorios</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>Trimestral</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>Verificación de buen funcionamiento.</u>			
Materiales Utilizados			
Condición Final <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<u>En buen estado.</u>			
Nombre del Electromédico		Encargado de Área	

Fecha: <u>15/08/2024</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>Habitación medico residente</u>			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>Habitaciones medico Res.</u>		Inventario No. _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>Trimestral</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>Verificación de funcionamiento</u>			
Materiales Utilizados:			
Condición Final <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<u>En buen estado.</u>			
Nombre del Electromédico _____		Encargado de Área _____	

Fecha: <u>16/08/2024</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>Sala de Espera</u>			
Marca: _____		Modelo: _____	
Serie: _____			
Ubicación: <u>Sala de Espera</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>Trimestral</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>Verificación de funcionamiento.</u>			
Materiales Utilizados			
<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>			
Condición Final		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<u>En buen estado.</u>			
Nombre del Electromédico		Encargado de Área	

Fecha: <u>16/08/2024</u>		Ficha No: _____	
Datos del Equipo			
Nombre: <u>Oficina</u>		Modelo: _____	
Marca: _____		Serie: _____	
Ubicación: <u>Administración</u>		Inventario No.: _____	
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>Trimestral</u>			
Notas: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Descripción de Acciones			
Inspección Física		<input checked="" type="checkbox"/>	
Revisión Operacional		<input checked="" type="checkbox"/>	
Verificación Autodiagnóstico		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras acciones:			
<u>Verificación de funcionamiento.</u>			
Materiales Utilizados:			
<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>			
Condición Final		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<u>En buen estado.</u>			
Nombre del Electromédico		Encargado de Área	

FECHA	
Fecha: <u>20/08/2024</u>	Ficha No: _____
Datos del Equipo	
Nombre: <u>bomba de agua</u>	
Marca: _____	Modelo: _____
Serie: _____	
Ubicación: <u>Bomba de agua</u>	Inventario No. _____
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: <u>mensual</u>	
Notas: <u>Problemas en el arranque.</u>	
Descripción de Acciones	
Inspección Física Revisión Operacional Verificación Autodiagnóstico	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Otras acciones:	
<u>Verificación de funcionamiento</u>	
Materiales Utilizados:	
Condición Final <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<u>En buen estado.</u>	
Nombre del Electromédico	Encargado de Área

Fecha: 01/08/2024 - 20/08/2024 Ficha No: _____	
Datos del Equipo	
Nombre: Aires Acondicionados	Modelo: _____
Marca: _____	Serie: _____
Ubicación: Distintas Areas	Inventario No.: _____
Periodo: 4M <input type="checkbox"/> 6M <input type="checkbox"/> 12M <input type="checkbox"/> Otro: Mensual	
Notas: Se revisaron los 50 aires y se trabajaron en el llenado de ± sola hora	
Descripción de Acciones	
Inspección Física	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisión Operacional	<input checked="" type="checkbox"/>
Verificación Autodiagnóstico	<input checked="" type="checkbox"/>
Otras acciones:	
Limpieza y Verificación de gas	
Materiales Utilizados:	
Manómetro, asutables, Magima de Mantenimiento y trías	
Condición Final	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bueno en funcionamiento	
Nombre del Electromédico	Encargado de Área