

Fecha: 24 DE ENERO 2025
Responsable del Llenado de la Ficha: Ronny Sanchez **Institución Receptora:** HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA
Correo Electrónico: ronny_sanchez@yahoo.com **Teléfono:** 1 (849) 282-0544

| Equipos | Verificación Diaria | Verificación Semanal | Verificación Mensual | Verificación Trimestral | Verificación Semestral | Verificación Anual |
|--|---------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|
| Maquinas Anestesia | | | X | | | |
| Desfibrilador | | X | | | | |
| Mesa Quirúrgica | | | | X | | |
| Lampara Cielítica | | | | | X | |
| Autoclave | | | | | | |
| Electrocardiógrafo | | | X | | | |
| Aspirador Quirúrgico | | X | X | | | |
| Ventiladores | | | | | | |
| Monitores | | | X | | | |
| Limpiezas y Revisiones Generales | X | | | | | |
| Aires Acondicionado o Re-Cambio Filtros Hepa | | | | | X | |
| Limpieza y Desinfección de Ductos | | | | X | | |
| Piso Aséptico | | | | | | X |
| Revisión UPS | | | | | | X |
| Revisión Paneles Aislamiento | | | | | | X |
| Gases Medicinales | | | | X | | |
| Controles Acceso | | | | X | | |
| Calidad del Agua | X | | | | | |

Nota: método de verificación será mediante informe con imágenes fotográficas de tener contratos debe presentar contratos, antes y después de lo ejecutado según la periodicidad.

Obsevaciones:
