

Fecha: 31 de Marzo 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 Cielitica					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: _____



Nombre y Firma