**“Actividades mínimas de mantenimiento preventivo de equipos relevantes”**

|  |
| --- |
| **DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO** |
| **Clasificación del equipo** | Relevante |
| **Nombre del equipo** |  |
| **Número de serie** |  |
| **Marca del equipo** |  |
| **Unidad Clínica en uso** |  |
| **Frecuencia de mantenimiento** |  |
| **Actividades a realizar:** | **Cumplimiento** |
| **SÍ** | **NO** | **N/A** |
| **Limpieza integral externa** |  |  |  |
| **Inspección externa del equipo** |  |  |  |
| **Limpieza integral interna** |  |  |  |
| **Inspección interna** |  |  |  |
| **Lubricación y engrase** |  |  |  |
| **Revisión de seguridad eléctrica** |  |  |  |
| **Fecha de Mantenimiento preventivo realizada.** |  |
| **Fecha de reprogramación (cuando corresponda).** |  |
| **Nombre y firma responsable del mantenimiento preventivo.** |  |