Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPO BIOMÉDICO	CÓDIGO : AP-AT-F-95-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICO	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 20/04/2022

0	**NUMERO DE REPORTE**	MP_AM_2699

Equipo:	CAMILLA		
Marca:	SPENCER	**Clasificación:**	I
Modelo:	CR00007 CROSS UP	**Placa de inventario:**	88691 SN-0005842
Serie:	2129267014	**U.S.S:**	ENGATIVA CALLE 80- APH
Periodicidad mantenimiento:	SEMESTRAL	**Servicio:**	TAB. JQV 115- 6908 APH
Accesorios:	Colchoneta y correas 3		

Condiciones en las que se recibe el equipo:	**Item a evaluar**	**SI**	**NO**
	¿El equipo se recibió limpio y desinfectado?	✓	
	¿Se entregan accesorios completos y en buen estado?		✓

C: CONFORME , N.C: NO CONFORME, N.A: NO APLICA

Actividad	**C**	**N.C**	**N.A**
Verificar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo	✓		
Limpieza e inspección integral externa del equipo	✓		
Limpieza e inspeccion interna del equipo			✓
Verificación de plataforma.	✓		
Verificación de cordobán.	✓		
Limpieza y lubricación de partes móviles.	✓		
Verificación estado de pintura.		✓	
Verificación antideslizantes.	✓		

Observaciones:

Equipo operativo, se solicita pintura.

Accesorios y/o repuestos utilizados:	**Accesorios y/o repuestos a cotizar:**
	Pintura.
/	

Condiciones en las que se entrega el equipo:	**Item a evaluar**	**SI**	**NO**
	¿El equipo se entrega limpio y desinfectado?	✓	
	¿Los accesorios se entregan completos y en buen estado?		✓
	Fecha de ultima calibración	—	—

Fecha inicio:	*7-abr-26*	**Hora inicio:**	*8:50:00 a. m.*
Fecha finalización:	*7-abr-26*	**Hora finalización:**	*9:20:00 a. m.*

Calificación del servicio		
☺ ✓	😐	☹

	Monica Cuevas- Ing. biomédica
Nombre y Sello	**Nombre y Sello**
Coordinador o Encargado que recibe a satisfacción	**Responsable Mantenimiento**