CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
DIRECCIÓN DE OPERACIONES
BITÁCORA MANTENIMIENTO BOMBAS DE TRASVASE

FOLIO:	
FECHA:	
HORA:	

MODELO: _____
MARCA: _____
N/S: _____

	MARCAR	
EQUIPO OPERATIVO	**SI O**	**NO O**
PRESENTA DAÑO EN SUPERFICIE	**SI O**	**NO O**
REQUIERE MANTENIMIENTO CORRECTIVO	**SI O**	**NO O**
REAPRIETE DE CLEMAS	**SI O**	**NO O**
LIMPIEZA DE MOTOR	**SI O**	**NO O**
REVISIÓN DE TUBERÍA	**SI O**	**NO O**
REVISIÓN DE CONEXIONES	**SI O**	**NO O**
LIMPIEZA DE ESPACIO FISICO	**SI O**	**NO O**
	SI O	**NO O**
	SI O	**NO O**

OBSERVACIONES:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZA SERVICIO

_____
NOMBRE Y FIRMA DE SUPERVISOR