CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
DIRECCIÓN DE OPERACIONES
BITÁCORA MANTENIMIENTO COMPRESOR

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**
LIMPIEZA FILTROS DE ÁIRE	**SI O**	**NO O**
PURGA DE FILTROS DE AGUA	**SI O**	**NO O**
LAVADO DE FILTROS DE AGUA	**SI O**	**NO O**
LIMPIEZA SUPERFICIAL	**SI O**	**NO O**
LIMPIEZA SUPERFICIAL MOTORES	**SI O**	**NO O**
REVISIÓN DE FUGAS EN TUBERÍA	**SI O**	**NO O**
REVISIÓN DE FUGAS EN CONEXIONES	**SI O**	**NO O**
REAPRIETE DE CLEMAS	**SI O**	**NO O**

OBSERVACIONES:

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

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZA SERVICIO **NOMBRE Y FIRMA DE SUPERVISOR**

Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A de C.V. CLAVE:CEMA-RG-MTTO-BMC-01 / V.2.0