CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
DIRECCIÓN DE OPERACIONES
BITÁCORA MANTENIMIENTO PLANTA CONTRAINCENDIO

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**
REVISIÓN SENSOR DE TEMPERATURA	**SI O**	**NO O**
REVISIÓN DE SENSOR DE PRESIÓN	**SI O**	**NO O**
REVISIÓN NIVELES DE REFRIGERANTE	**SI O**	**NO O**
REVISIÓN DE CONEXIONES	**SI O**	**NO O**
REVISIÓN DE BATERIA	**SI O**	**NO O**
NIVEL DE COMBUSTIBLE	**SI O**	**NO O**
NIVEL DE ACEITE	**SI O**	**NO O**
REVISIÓN SENSOR DE ARRANQUE	**SI O**	**NO O**
PRUEBA DE ARRANQUE	**SI O**	**NO O**
LIMPIEZA DE SUPERFICIE	**SI O**	**NO O**
REVISIÓN PRECALENTADOR	**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-BMPCI-08 / V.2.0