**Nombre de la Institución: *E.S.E.* *HOSPITALSANTA ISABEL SAN PEDRO DE LOS MILAGROS*\_**

**Dirección: *Calle 43ª N° 52ª-109***

**Plan de Mantenimiento de**: ***Equipo Biomédico, equipo industrial de uso hospitalario e infraestructura***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Localización** | **Nº de inventario/serie** | **Periodicidad** | **Fecha (D/M/A)** | **Responsable** | **Actividad** | **Observaciones** |
| Equipo de RX | Urgencias | 13245 | Mensual | 15/1/97 | RX Asociados | Verificación de funcionamiento, dosimetría, control de calidad de imagen, seguridad eléctrica |  |
| Planta eléctrica | Serv. Generales | 34256 | Bimensual | 10/1/97 | Suministro de Electricidad S.A. | Verificación de funcionamiento, engrase, cambio de aceite, prueba sin carga, prueba con carga, control de arrancador. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO** | Total de mantenimientos ejecutados | X 100 =  |
| Total de mantenimientos programados |