Calle 12B No. 9 – 56, PBX: +(571) 284 7987 // +(571) 341 5141, Sede Bogotá
Carrera 12 No. 12 – 55, PBX: +(571) 863 1132, Sede Chía
Calle 13N No. 3N – 13, PBX: +(572) 312 5248, Sede Santiago de Cali

LISTA DE CHEQUEO CONTROL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS ODONTOLÓGICOS

INFORMACIÓN / GENERALIDADES			
Equipo:		Ubicación:	
Marca:		Modelo:	
Serie:		Clasificación según el riesgo:	
Voltaje:	Frecuencia:	Corriente:	Potencia:

PERIODO DE MANTENIMIENTO											
Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha DD/MM/AAAA	Descripción del Servicio	Responsable Firma y Sello