

Fecha: 31/7/2022

Responsable del Llenado de la Ficha: _____

Correo Electrónico: _____

Institución Receptora: _____

Teléfono: _____

Hospital San Jorge
Rodriguez
899 316 5527

Equipos	Verificación Diaria	Verificación Semanal	Verificación Mensual	Verificación Trimestral	Verificación Semestral	Verificación Anual
Maquinas Anestesia	-	-	-	-	-	-
Desfibrilador	-	-	-	-	-	-
Mesa Quirúrgica	-	-	-	-	-	-
Lampara Celfica	-	-	-	-	-	-
Autoclave	-	-	-	-	-	-
Electrocardiógrafo	-	-	-	-	-	-
Aspirador Quirúrgico	-	-	-	-	-	-
Ventiladores	n/c	n/c	n/c	n/c	n/c	n/c
Monitores	-	-	-	-	-	-
Limpiezas y Revisiones Generales	-	-	-	-	-	-
Aires Acondicionando o Re- Cambio Filtros Hepa	-	-	-	-	-	-
Limpieza y Desinfección de Ductos	-	-	-	-	-	-
Piso Aseptico	-	-	-	-	-	-
Revisión UPS	-	-	-	-	-	-
Revisión Paneles Aislamiento	-	-	-	-	-	-
Gases Medicinales	-	-	-	-	-	-
Controles Acceso	-	-	-	-	-	-
Calidad del Agua	n/c	n/c	n/c	n/c	n/c	n/c

Nota: método de verificación será mediante informe con imágenes fotográficas de tener contratos de tener presentar contratos, antes y después de lo ejecutado según la periodicidad.

Observaciones:

Nombre y Firma

