

**Fecha:** 04 de marzo 2024

**Responsable del Llenado de la Ficha:** Ronny Sanchez **Institución Receptora:** HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA
**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

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

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

**Obsevaciones:** \_\_\_\_\_
