***Datos del Equipo***

**Marca: Modelo:**

**No. Control: No. De Serie:**

***Datos del Servicio y periodo de revisión***

**Servicio: Periodo:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MES** | **RESULTADO PRUEBA (OK)** | **NOMBRE DEL PERSONAL QUE REALIZO PRUEBA** | **FIRMA** | **MES** | **RESULTADO PRUEBA (OK)** | **NOMBRE DEL PERSONAL QUE REALIZO PRUEBA** | **FIRMA** |
| **ENERO** |  |  |  | **ABRIL** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FEBRERO** |  |  |  | **MAYO** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MARZO** |  |  |  | **JUNIO** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

***Instrucciones de la prueba de descarga:***

1. Presionar tecla TEST

DUDAS FAVOR DE LLAMAR A INGENIERÍA BIOMÉDICA

EXT. 16160, 16162 Y 16164

***Datos del Equipo***

**Marca: Modelo:**

**No. Control: No. De Serie:**

***Datos del Servicio y periodo de revisión***

**Servicio: Periodo:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MES** | **RESULTADO PRUEBA (OK)** | **NOMBRE DEL PERSONAL QUE REALIZO PRUEBA** | **FIRMA** | **MES** | **RESULTADO PRUEBA (OK)** | **NOMBRE DEL PERSONAL QUE REALIZO PRUEBA** | **FIRMA** |
| **JULIO** |  |  |  | **OCTUBRE** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **AGOSTO** |  |  |  | **NOVIEMBRE** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SEPTIEMBRE** |  |  |  | **DICIEMBRE** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

***Instrucciones de la prueba de descarga:***

1. Presionar tecla TEST

DUDAS FAVOR DE LLAMAR A INGENIERÍA BIOMÉDICA

EXT. 16160, 16162 Y 16164