



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*



## HOJA DE VIDA DEL EQUIPO

No.

**NOMBRE DE LA UNIDAD:**

• **DATOS TECNICOS:**

Nombre del Equipo:	Fecha de Instalación:
Marca:	Servicio:
Modelo:	Código Contable:
Serie:	Fin de Garantía:

• **DATOS DE CONTROL DEL EQUIPO MÉDICO/INDUSTRIAL**

<b>Fabricante:</b> _____ DIRECCION: _____ TEL/FAX: _____ E-mail: _____ PAGINA WEB: _____	<b>INFORMACION TÉCNICA</b>	
	<b>Marcar con (X)</b>	
<b>Proveedor/ Representante Local:</b> _____ DIRECCION: _____ TEL/FAX: _____ E-mail: _____ NOMBRE DEL CONTACTO: _____ No. TELF. MOVIL DEL CONTACTO: _____	Manual de Operación del Usuario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Manual de Servicio (Instalación, diagramas y No. de Partes del Equipo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Incluido en Programa o Planificación del Mantenimiento Preventivo/Correctivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>CONDICIONES DEL EQUIPO</b>	
	<b>Actualización (Marcar Con X)</b>	
Buen Estado	<input type="checkbox"/>	
Regular	<input type="checkbox"/>	
Reparable	<input type="checkbox"/>	
Descartado	<input type="checkbox"/>	
<b>DESCRIPCION GENERAL DEL ESTADO ACTUAL DEL EQUIPO</b>  1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____	<b>DATOS ELECTRICOS DEL EQUIPO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voltaje Alimentación (Volt):</li> <li>• Corriente (Amp):</li> <li>• Frecuencia (Hz):</li> <li>• No. de Fases:</li> <li>• Consumo de Potencia (Kw o V.A):</li> <li>• Otros Datos:</li> </ul>	

**NOTA:** Esta ficha corresponde a cada equipo (Suministrado, Instalado, Funcionando o Fuera de Servicio).

**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA !**

**AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA**

**DIRECCIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD**

**DEPARTAMENTO DE HABILITACIÓN**

**MINISTERIO DE SALUD**

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",  
Costado Oeste Colonia 1ro. De Mayo, Managua, Nicaragua.  
PBX (505) 22647730-22647630- Web www.minsa.gob.ni

