

Departamento de Mantenimiento

Lista de Chequeo de Tareas Diarias

(FAVOR LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE)

1.-) TANDA MATUTINA.-

FECHA:

		-			-	2	0		
Día			Mes			Año			

HORA INICIO CHEQUEO: _____

HORA FIN CHEQUEO: _____

SOLO PARA USO INTERNO DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

PUNTOS DE REVISION	EDIFICIO 1	EDIFICIO 2	EDIFICIO 3	EDIFICIO 4
1) ENCENDER Y CHEQUEAR LAS MANEJADORAS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ENCENDER Y CHEQUEAR LOS CHILLERS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) APAGAR LAS LUCES.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) CHEQUEAR Y ENCENDER LAS BOMBAS DE LOS CHILLERS Y BOMBAS DE AGUA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) CALENTAR GENERADORES Y PONER EN AUTOMÁTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EMPLEADO(A) QUE REALIZA CHEQUEO:

Nombre de Empleado(a)

Firma

SUPERVISOR(A) DE TAREAS:

Nombre de Empleado(a)

Firma

OBSERVACIONES GENERALES (comentarios del (de la, de los) empleado(a)(s) que recibe(n) el(los) servicio(s)):

Departamento de Mantenimiento

Lista de Chequeo de Tareas Diarias

(FAVOR LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE)

2.-) TANDA NOCTURNA.-

FECHA:

		-			-	2	0		
Día			Mes			Año			

HORA INICIO CHEQUEO: _____

HORA FIN CHEQUEO: _____

SOLO PARA USO INTERNO DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

PUNTOS DE REVISION	EDIFICIO 1	EDIFICIO 2	EDIFICIO 3	EDIFICIO 4
1) CHEQUEAR Y APAGAR LAS MANEJADORAS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) CHEQUEAR Y APAGAR LOS CHILLERS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ENCENDER LAS LUCES.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) CHEQUEAR Y APAGAR LAS BOMBAS DE LOS CHILLERS Y BOMBAS DE AGUA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) CHEQUEAR GENERADORES Y PONERLOS EN OFF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EMPLEADO(A) QUE REALIZA CHEQUEO:

Nombre de Empleado(a)

Firma

SUPERVISOR(A) DE TAREAS:

Nombre de Empleado(a)

Firma

OBSERVACIONES GENERALES (comentarios del (de la, de los) empleado(a)(s) que recibe(n) el(los) servicio(s)):