

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

FECHA DE INSPECCIÓN: - -

Día Mes Año

NOMBRE DE QUIÉN REALIZA LA ACTIVIDAD:

I) Coloque en los cuadros en blanco una "X" para indicar que algo está dañado, y un ✓ para indicar que todo está bien.-

MÓDULO:

| SALA | |
|------------------|--|
| Puerta Pincipal | |
| Juego de Comedor | |
| Abanico de Techo | |
| Fregadero | |
| Luces | |
| Toma Corriente | |
| Equipo Eléctrico | |
| Paredes Rotas | |
| Paredes Sucias | |
| Ventana Frontal | |
| | |

HABITACIÓN:

| | A | B | C | D | E |
|------------------|---|---|---|---|---|
| Puertas | | | | | |
| Ventanas | | | | | |
| Pisos | | | | | |
| Mesas | | | | | |
| Sillas | | | | | |
| Zócalos | | | | | |
| Luces | | | | | |
| Paredes Rotas | | | | | |
| Toma corrientes | | | | | |
| Abanico de Pared | | | | | |
| Pintura | | | | | |
| Observaciones: | | | | | |

| Baño 1 | |
|-----------------|--|
| Inodoro | |
| Tapa de Inodoro | |
| Llave de Baño | |
| Bañera | |
| Lava Manos | |
| Luces | |
| Toma Corrientes | |
| Espejo | |
| Filtración | |
| Observaciones: | |

| Baño 2 | |
|-----------------|--|
| Inodoro | |
| Tapa de Inodoro | |
| Llave de Baño | |
| Bañera | |
| Lava Manos | |
| Luces | |
| Toma Corrientes | |
| Espejo | |
| Filtración | |
| Observaciones: | |

II.-) Opinión.-

Comentario u Observación:

Firma Representante de Seguridad

Firma Coordinador(a) de Mantenimiento