



Fecha

Protocolo de mantenimiento de balanzas			Fecha	
Cliente:		Tipo de servicio:	Fecha de servicio:	
Marca:	Modelo:	Numero de serie:		
Capacidad:		Fecha de ultima mantencion:		
Mantencion a cargo de:				
1. INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Y MANTENCIONES GENERALES				
1.1 Inspeccion visual y condicion de estructura del equipo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
1.2 Limpieza y remocion de polvo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
1.3 Lubricacion de partes moviles		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
1.4 Limpieza electronica		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
1.5 Mejora de contactos y conecciones (Reapriete)		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
2. CHEQUEOS FUNCIONALES				
2.1 Panel frontal		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
2.2 Display		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
2.3 Estabilizadores		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
2.4 Baterias		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
2.5 Tallimetro		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
3. VERIFICACIONES				
3.1 Botones de navegacion		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
3.2 Medicion con pesos patrones	Patron	Display	Diferencia	
	10 KG			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
	20 KG			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
	40 KG			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
	80 KG			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
	100 KG			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
4.- MEDICION SEGURIDAD ELECTRICA				
4.1 Prueba de seguridad electrica		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Observaciones:				
Nomenclatura: SI: Chequeo realizado / verificacion aprobada. NO: Chequeo no realizado / verificacion no aprobada. N/A: No aplica este chequeo / No aplica esta verificacion para el equipo / equipo no cuenta con este modulo.				

Firma encargada/o de mantención

Nombre: _____

Firma del personal autorizado Institución

Nombre: _____