

MODELO FORMATO HISTORIAL DE MANTENIMIENTO EQUIPOS DE RADIOAYUDAS					
ESTACIÓN		SISTEMA			MODELO / SERIE
FECHA INTERVENCIÓN	DD / MM / AAAA	TIPO DE INTERVENCIÓN	Mantenimiento Preventivo		FECHA ANTERIOR INTERVENCIÓN
			Mantenimiento Correctivo		
			Otro. ¿Cuál? _____		
DESCRIPCIÓN MOTIVO DE INTERVENCIÓN					
DESCRIPCIÓN DE ACCIONES EJECUTADAS					
EQUIPO DE PRUEBA UTILIZADO					
REPUESTOS UTILIZADOS					
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES					¿Queda operativo el equipo?
					SI
					NO
					Con restricciones

FIRMA TÉCNICO

Nombre: _____
C.C. / Código: