



Universidad Autónoma de Chihuahua

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA

PROGRAMA ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A EQUIPO DE COMPUTO



EQUIPO _____

Ubicación: _____

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC
Plan												
Reprogramación												
Avance												

AÑO _____

NOMBRE Y FIRMA
DEL RESPONSABLE _____

NOMBRE Y FIRMA
DE SECRETARIA ADMINISTRATIVA _____

EQUIPO _____

Ubicación: _____

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC
Plan												
Reprogramación												
Avance												

AÑO _____

NOMBRE Y FIRMA
DEL RESPONSABLE _____

NOMBRE Y FIRMA
DE SECRETARIA ADMINISTRATIVA _____