Revisión del estado del edificio

Área: _____ **Fecha:** _____

1. PINTURA (Externa, Interna)					
Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____
2. ELECTRICIDAD (Luces externas, Luces internas, Enchufes)					
Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____

3. LIMPIEZA (Alfombras, Muebles, Equipo de Trabajo, Ventanas, Servicios Sanitarios, Otros.)					
Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____
4. EQUIPOS (Motor Eléctrico, Alarmas, Extractores de malos olores)					
Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____

5. MOBILIARIO (Escritorio de Trabajo, Silla de Trabajo, Archivero)					
Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____
6. FILTRACIONES DE AGUA (Cielo raso, Techo, Paredes)					
Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____

7. OTROS (Cañerías, Tuberías, Alfombras, Pisos)					
Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____	Oficina:_____