REPORTE

Equipos Médicos del Establecimiento

Nombre Establecimiento : _____ **Fecha** _____

Listado de los Equipos Médicos existentes en este Establecimiento de Salud, a saber:

No.	Equipo Médico	Marca	Modelo	Serie	Área de Ubicación	Responsables de Control Calidad	Fecha Último control Calidad

FECHA: 15/6/2014

CODIGO: DGHA-RE-005

VERSION: 00