



GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD
R.U.GE. PRE.SA

Planilla de Control de equipamiento médico por servicio

Nombre del establecimiento: _____ Localidad: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Servicio: _____ Jefe de Servicio: _____

	Equipo	Marca	Modelo	Número de serie	Fecha de últ. mantenimiento
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Fecha: _____ Firma del Responsable: _____

Firma Director _____ Aclaración: _____