



Ministerio de Salud
R.U.Ge.Pre.Sa

LISTADO DE EQUIPAMIENTO
Centros de salud ambulatorios

Nombre del establecimiento: _____ Localidad: _____

Domicilio: _____

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

Firma y sello del Director Técnico: _____

Aclaración: _____