



Administración de los
Servicios de Salud del Estado



Centro Hospitalario
PEREIRA ROSSELL
INGENIERÍA
CLÍNICA

CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL 03361
INGENIERÍA CLÍNICA

INGRESO DE EQUIPOS

FECHA:	<input type="text"/>	EQUIPO:	<input type="text"/>
MARCA:	<input type="text"/>	MODELO:	<input type="text"/>
CÓDIGO:	<input type="text"/>	Nº Serie:	<input type="text"/>
SERVICIO:	<input type="text"/>	CONTACTO:	<input type="text"/>

PROBLEMA:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

ACCESORIOS:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

INTERVENCION TÉCNICA

NOMBRE:	<input type="text"/>	FINANCIARIO	<input type="text"/>
FECHA REP:	<input type="text"/>	Nº TÉCNICO:	<input type="text"/>
		HORAS TRABAJO	<input type="text"/>

TRABAJO REALIZADO:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

REPARADO BAJA REPUESTO EMPRESA

REPUESTOS NECESARIOS	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

NÚMERO I.C.	<input type="text"/>	FECHA I.C.	<input type="text"/>
-------------	----------------------	------------	----------------------

EMPRESA:	<input type="text"/>	FECHA DE ENVIADO:	<input type="text"/>
----------	----------------------	-------------------	----------------------

ENTREGADO:

FIRMA:	<input type="text"/>	CONTRAFIRMA:	<input type="text"/>
--------	----------------------	--------------	----------------------

CONSTANCIA DE ENTREGA

FECHA:	<input type="text"/>	03361	EQUIPO:	<input type="text"/>
CÓDIGO/SERIE:	<input type="text"/>	OBSERVACIONES:	<input type="text"/>	