S/R **N° DE ACTIVO:** 

DESCRIPCIÓN: RESONANCIA MAGNÉTICA - SALA DE

N° SERIE: FRECUENCIA MANTENCIÓN:

RESPONSABLE CLÍNICA: FONO:

MARCA:

MODELO:

RESPONSABLE CLÍNICA: FONO:

ÚLTIMA MANTENCIÓN:

**EQUIPO** YORK YGFC12CLAAHEFXLEG 50531E03048966

**JEFE DE AREA** +56 9 4402 9787 SUPERVISOR DE AREA +56 9 7708 9643

MAR-JUN-SEP-DIC

PRÓXIMA MANTENCIÓN:



