ÁREA BIOMÉDICA
ORDEN DE CAPACITACIÓN

FOLIO XXXXX
FECHA: / /
HORA: :
ATENCION A LA SOLICITUD No:

DEPARTAMENTO/ ÁREA SOLICITANTE:

Atención a:_____

Departamento:_____

Observaciones

_____

_____

_____

DATOS DE EQUIPO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:
Tipo de equipo:_____	TEMAS ABORDADOS:
Marca: _____	_____
Modelo: _____	_____
Núm. De serie: _____	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____

LA CAPACITACION FUE :

◯ BUENA ◯ REGULAR ◯ MALA

_____	_____	_____
Nombre y firma del responsable de área	Nombre y firma de responsable de capacitación	Nombre y firma Biomédico CEMA