CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **ENTREGA DE RESULTADOS AL PROCESO DE ARCHIVO**		CÓDIGO **05-FT-052**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

NOMBRE DEL PACIENTE	DOCUMENTO	EPS	TIPO DE EXÁMEN	FECHA DE TOMA DE EXÁMEN	NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN EN ARCHIVO	FIRMA DE QUIEN RECIBE EN ARCHIVO

OBSERVACIONES: