	NOMBRE **CONTROL DE INSUMOS - CONSULTA EXTERNA**		CÓDIGO **05-FT-056**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

Mes:	**Año:**	**Servicio:**	**Sede:**	**Piso:**

INSUMO	CANTIDAD	LOTE	REGISTRO INVIMA	FECHA DE VENCIMIENTO	SEMAFORIZACIÓN	OBSERVACIONES	RESPONSABLE

RESPONSABLE: _____

REVISA: _____