	NOMBRE **REGISTRO ENTREGA DE INSUMOS / SERVICIO DE GESTIÓN PRE-TRANSFUSIONAL**		CÓDIGO **ST-FT-040**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

SERVICIO	FECHA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	REG. INVIMA	FECHA DE VENCIMIENTO	RECIBIDO POR	ENTREGADO POR