	NOMBRE **CONTROL DE INVENTARIOS - MANTENIMIENTO**		CÓDIGO **11-FT-044**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **APOYO**	VERSIÓN 001

FECHA	ARTICULO/EQUIPO/DISPOSITIVO	COLOR	UNIDAD	CANT.	UBICACIÓN (SEDE/PISO)	DESTINO (SEDE/PISO)	NOMBRE DE QUIEN ENTREGA MATERIAL	NOMBRE DE QUIEN RETIRA MATERIAL	VERIFICADO