CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **REGISTRO CONTROL DE INSUMOS PROCESADOS DE TEJIDOS**		CÓDIGO **05-FT-025**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 003

Responsable:	**Equipo:**	**Mes:**	**Año:**

Día	Formol	Formol	N-Propanol	N-Propanol	N-Propanol	N-Propanol	Xilol	Xilol	Parafina	Parafina	Parafina	Total de cassetes	Horas de uso	Responsable
Total														

Observaciones: