CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **RECEPCIÓN DE REACTIVOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, INSUMOS Y MEDICAMENTOS**	CÓDIGO **ST-FT-042**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO** / PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

FECHA RECEPCIÓN	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD RECIBIDA	T° LLEGADA	T° ALMACENA	PRODUCTO	PRESENTACIÓN	LOTE	REGISTRO SANITARIO	VERIFICÓ REGISTRO SANITARIO	CATEGORIA	FECHA VTO	PROVEEDOR	IMPORTADOR Y/O FABRICANTE	VERIFICÓ EMPAQUE Y ETIQUETA	VERIFICÓ INSERTO	RECIBE Y APRUEBA

C: CUMPLE	**NC:NO CUMPLE**	**V: VIGENTE**	**NV : NO VIGENTE**

VERIFICÓ :_____