CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **REGISTRO LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN SERVICIO DE AMBULANCIA**		CÓDIGO **08-2-FT-007**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **APOYO**	VERSIÓN 001

SALA/ CUARTO/ DISPOSITIVO MÉDICO	SERIAL	FECHA	HORA	TIPO		NOMBRE DE QUIÉN REALIZA DESINFECCIÓN	FIRMA DE QUIÉN VERIFICA DESINFECCIÓN	FECHA / JORNADA		
				RUTINARIA	TERMINAL			M	T	N
OBSERVACIONES:										

FIRMA DEL SERVICIO DE DESINFECCIÓN Y LAVADO MENSUAL DEL VEHÍCULO _____

KM INICIAL DEL MES / KM FINAL DEL MES _____

FIRMA DEL SERVICIO DE DESINFECCIÓN Y LAVADO SEMANAL DEL VEHÍCULO _____

FIRMA DE QUIÉN RECIBE _____