	NOMBRE **REGISTRO ACCIONES CORRECTIVAS CONTROL DE CALIDAD**		CÓDIGO **05-FT-053**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

AREA/PROCESO:		**SEDE:**		**AÑO:**	

FECHA (DD/MM/AA)	SITUACIÓN PRESENTADA	ACCIÓN Y/O SEGUIMIENTO	MEJORO (marcar con X)		RESPONSABLE
			SI	NO	