|  |
| --- |
| **FECHA:**  |
| **INSUMOS Y/O MEDICAMENTOS VENCIDOS O DETERIORADOS** | **OBSERVACIÓN** | **CANTIDAD** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Persona que entrega: | Recibe:  |