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