**ANEXO NÚMERO T6.2 (T SEIS PUNTO DOS)**

**REMISIÓN DE ENTREGA DE INSUMOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cédula Única de Control de Insumos LABORATORIO:** | | | | **Fecha** | | | | |
| **Día:** | | **Mes:** | | **Año:** |
| **OOAD/UMAE:** | | | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO/PROCEDIMIENTO:** | | | | **ENTREGA CORRESPONDIENTE** | | | | |
| **AL MES** | | | | |
| **DE \_\_\_\_\_\_\_\_DEL 20\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **ENTREGA No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **No.** | **Descripción** | | **Presentación** | **Cantidad Entregada** | | **No. de Lote** | | **Fecha de Caducidad** |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
| **PARA SER LLENADO POR EL JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO** | | | | | | | | |
| **FECHA DE RECEPCIÓN A CONFORMIDAD:** | | **¿EL REPROAVISIONAMIENTO CUBRE LOS 45 DÍAS DE INVENTARIO?** | | | **¿EXCEDIÓ EL NIVEL DE SERVICIO ESTIPULADO?** | | **NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDIÓ EL NIVEL DE SERVICIO** | |
|  | | **SI ( ) NO ( )** | | | **SI ( ) NO ( )** | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| NOMBRE Y FIRMA  JEFE O ENCARGADO DE LABORATORIO |  |  | NOMBRE Y FIRMA  REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR |