



ANEXO T4.

**REPORTE DE VALE DE USO DE INSUMOS POR PROCEDIMIENTO DE OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPRÓTESIS
SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPRÓTESIS**

Folio					
Fecha:		Hora:			
Localidad					
Unidad Médica			No. Sala		
Proveedor					
Nombre del Paciente			CURP		
		Género	Masc:	Fem.	
Año	Mes	Día			
ANOTAR DE LOS PROCEDIMIENTOS EL:				Observaciones	
Número	Nombre		Clave		
Renglon de Licitación	Descripción de Consumible			Cantidad	Lote
Nombre del empleado del proveedor			Firma		
Nombre del Médico que realizo el Procedimiento			Firma		
Nombre del Jefe de Servicio			Firma		
Nombre y firma del Director de la unidad			Firma		

