


Código: SGC-F-SA-GD-11	DEPARTAMENTO DEL CAQUETA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD FORMATO DE PRESTAMO DE DOCUMENTOS	
Fecha de Aprobación: octubre 28 de 2020		
Versión: 02		

SOLICITUD INTERNA
SOLICITUD EXTERNA
FECHA DE SOLICITUD


Dependencia o Entidad solicitante

funcionario o persona que solicita

Teléfono o Celular

INFORMACION SOLICITADO DENOMINACION DE EXPEDIENTE	FECHAS EXTREMAS		N° de Carpetas	N° de Folios	ASIGNATURA TOPOGRAFICA
	INICIAL	FINAL			

PRESTAMO DE DOCUMENTOS			DEVOLUCION DE DOCUMENTOS
___ Días a partir de: DD – MM – AA	N° DE EXPEDIENTES	N° DE FOLIOS	FECHA DE DEVOLUCION: DD – MM - AA
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EN EL ARCHIVO	NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE EN EL ARCHIVO		NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA RESPUESTA Y LOS DOCUMENTOS
_____	_____		_____
FIRMA	FIRMA		FIRMA
OBSERVACIONES			

Código: SGC-F-SA-GD-11	DEPARTAMENTO DEL CAQUETA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD FORMATO DE PRESTAMO DE DOCUMENTOS	
Fecha de Aprobación: octubre 28 de 2020		
Versión: 02		

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del Cambio	Fecha de Aprobación
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma	Firma	Firma
Nombre: Cargo:	Nombre: Cargo:	Nombre: Cargo: