



Centro de Excelencia Médica en Altura

Formato de Notificación de Medicamentos/Insumos Próximos a Caducar

Fecha: _____

Sub almacén o Servicio: _____

Por medio del presente me permito informar que los medicamentos o insumos que descritos en la siguiente tabla, se encuentran próximos a caducar, por lo que hago de su conocimiento esta información para que se tomen las medidas necesarias, de acuerdo al Procedimiento Normalizado de Operación para el control de caducidades por semaforización.

Descripción	Cantidad	Lote	Caducidad

Entrega

Recibe

Vo.Bo.
