**REPORTE MENSUAL DE CONSUMO DE RECETAS ESPECIALES**

**AÑO Y MES DE REPORTE:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unicódigo** | **Nombre del**  **Establecimiento de Salud** | **Cantidad adquirida de Recetarios** | | **Número**  **de recetas**  **especiales utilizadas en el mes del reporte** | **Stock disponible de recetas especiales** | **Observaciones** |
| **Número de blocks** | **Número recetas especiales** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma de Representante Legal del Establecimiento de Salud: | Firma del responsable designado |
| C.I. | C.I. |