**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.  |