Fecha y hora de reporte: Día       Mes       Año       Hora

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de Novedad** | |
| 1. Falta de medicamento | Cual: |
| 1. Falta de insumo | Cual: |
| 1. Falta de equipo | Cual: |
| 1. Zuncho de seguridad roto | Cual: |
| 1. Otro | Cual: |

Observación:

Nombre quien reporta:

Nombre de quien recibe el reporte: