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: