Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	REGISTRO DE ENTREGA DE FÓRMULAS	Versión:	1	ALCALDÍA DE BOGC
		Fecha de aprobación:	23/05/2018	
		Código:	08-04-FO-0058	

SANDRA PATRICIA PLAZAS CASTILLO

Unidad de Prestacion de Servicios de Salud:			USS		**Farmacia:**		PATIO BONITO		**Mes que se reporta**		sep
	Servicio Médico		**Servicio Médico**		**Servicio Médico**		**Servicio Médico**		**Servicio Médico**		**Servicic**
	AMBULATORIO		URGENCIAS								
Día del mes	**No. fórmulas completas**	**No. fórmulas incompletas**	**No. fórmulas**	**No. fórmulas incompletas**	**No. fórmulas completas**	**No. fórmulas incompletas**	**No. fórmulas completas**	**No. fórmulas incompletas**	**No. fórmulas completas**	**No. fórmulas incompletas**	**No. fórmulas completas**
1	0	0	0								
2	62	5	8								
3	0	0	0								
4	75	5	5								
5	0	0	0								
6	42	5	5								
7	18	5	4								
8	8	2	6								
9	0	0	0								
10	61	7	10								
11	0	0	0								
12	0	0	0								
13	0	0	0								
14	0	0	0								
15	0	0	0								
16	0	0	0								
17	0	0	0								
18	65	5	13								
19	0	0	0								
20	46	5	15								
21	32	5	5								
22	12	2	9								
23	0	0	0								
24	76	10	8								
25	0	0	0								
26	74	5	10								
27	0	0	0								
28	0	0	0								
29	0	0	0								
30	84	5	8								
31											
Total mes	655	66	106								
Total mes (Porcentaje)											

INSTRUCCIONES: El presente formato se debe diligenciar de manera diaria y sin excepciones en cada una de las farm la Subred Suroccidente ESE. Al final de cada mes se debe calcular la proporción de formulas entregadas de manera co sobre el total de formulas solicitadas.