

COORDINACION ZONAL 2  
DIRECCIÓN DISTRITAL 17D10 CAYAMBE-PEDRO MONCAYO – SALUD  
FORMULARIO PARA REQUERIMIENTOS FORMULARIOS

UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE SALUD OLMEDO

FECHA DE SOLICITUD: 25/01/2025

SOLICITADO POR: DRA. NANCY QUINCHIGUANGO

|                                   |
|-----------------------------------|
| <b>AUTORIZADO POR:</b>            |
| <b>NOMBRE:</b> ING. DIANA GUAMANÍ |
| <b>FIRMA:</b>                     |

| N° | DESCRIPCIÓN                              | ESPECIFICACIONES      | STOCK ACTUAL | CONSUMO PROMEDIO MENSUAL | CANTIDAD SOLICITADA (Unidades) | CANTIDAD AUTORIZADA (Unidades) |
|----|--|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 2  | FORM. 012A. SOLICITUD DE IMAGENOLOGÍA    | LIBRETIN (BLOQUE 100) | 0            | 200                      | 600                            |                                |
| 3  | FORM 033. ODONTOLOGÍA                    | LIBRETIN (BLOQUE 100) | 0            | 200                      | 600                            |                                |
| 5  | CARPETAS PARA HISTORIAS CLÍNICAS         | LIBRETIN (BLOQUE 100) | 0            | 50                       | 150                            |                                |
| 7  | CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOLOGÍA  | LIBRETIN (BLOQUE 100) | 200          | 200                      | 400                            |                                |
| 8  | CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMAGENOLOGÍA | LIBRETIN (BLOQUE 100) | 0            | 200                      | 400                            |                                |