

**Dra.Sofia M. Toapanta Z.**

**Co-Propietaria de Toamedical Clinica de la Piel**

Dirección Toamedical: Av. Amazonas N26-179 y Orellana

Quito, Ecuador

Telf. 096 252 6910

Toamedical1@gmail.com

**Quito, 26 de octubre de 2025**

**Asunto:** Solicitud de Desarrollo de un Programa de Gestión

A quien corresponda,

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes con el interés de solicitar el desarrollo de un programa de gestión adaptado a las necesidades específicas de nuestra clínica, la cual combina servicios de Dermatología, Estética facial y Corporal y Especialidades de Odontología.

Nuestro objetivo principal es implementar un sistema integral que optimice nuestros procesos administrativos y clínicos, facilitando una experiencia de calidad tanto para nuestros pacientes como para nuestro equipo de trabajo.

A continuación, detallamos los requerimientos esenciales que el programa debe cumplir:

- 1. Gestión de pacientes**
- 2. Agendamiento de citas**
- 3. Gestión de doctores**
- 4. Facturación**
- 5. Gestión de recetas médicas**

Agradecemos de antemano su atención y quedamos a la espera de una respuesta favorable. Confiamos en que esta solución fortalecerá nuestro compromiso de ofrecer bienestar y salud a nuestros pacientes.

Sin otro particular, me despido de ustedes de manera atenta.

**Firma**