ANDE

FECHA		

ACTA DE ENTREGA DE BOTIQUINES DE PRIMEROS AUXILIOS

Unidad Administrativa Solicitante: _____ **Sigla:** _____

Nombre y Apellido del Jefe: _____

Personal N°: _____ **Cédula de Identidad N°:** _____

Nombre(s) y Apellido(s) del funcionario responsable: _____

Personal N°: _____ **Cédula de Identidad N°:** _____

N°	Detalle de Elementos Esenciales y Medicamentos Descripción	Cantidad	Costo Estimado Referencial (Gs.)

Observaciones: _____

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LABORAL	UNIDAD ADMINISTRATIVA SOLICITANTE
_____ **Firma**	_____ **Firma**
Nombre y Apellido: _____	Nombre y Apellido: _____
Pers. N°: _____ Fecha: / /	Pers. N°: _____ Fecha: / /

Original: Unidad Administrativa solicitante

1a. Copia: Departamento de Medicina Laboral (DRH/DML)