

ANDE

FECHA		
1		

**ACTA DE ENTREGA DE BOTIQUINES DE
PRIMEROS AUXILIOS**

Unidad Administrativa Solicitante: 2	Sigla: 3
Nombre y Apellido del Jefe: 4	
Personal N°: 5	Cédula de Identidad N°: 6
Nombre(s) y Apellido(s) del funcionario responsable: 7	
Personal N°: 8	Cédula de Identidad N°: 9

N°	Detalle de Elementos Esenciales y Medicamentos	Cantidad	Costo Estimado Referencial (Gs.)
	Descripción		
10	11	12	13

Observaciones: 14

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LABORAL	UNIDAD ADMINISTRATIVA SOLICITANTE
15 _____ Firma	16 _____ 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)