ANDE

ACTA DE ENTREGA DE BOTIQUINES DE PRIMEROS AUXILIOS

1	FECHA		

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 Descripción	Cantidad	Costo Estimado Referencial (Gs.)
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)