

1. Región Sanitaria : _____ 2. Municipio : _____ 3. Establecimiento de Salud : _____ 4. Código RUP del ES: _____
5. Mes, Año: _____ 6.Trimestre :

I	II	III	IV
---	----	-----	----

 7. Nombre del responsable : _____ 8. Teléfono del responsable : _____