

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 : _____

_____ 4. Código RUP del ES: _____

6.Trimestre :

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

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