



MATRIZ CONSOLIDADA CUMPLIMIENTO RECOMENDACIÓN NRO. 7 - Informe DADSySS-0063-2016
COORDINACIÓN PROVINCIAL DE

ZONA	PROVINCIA	NIVEL	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CUMPLIMIENTO RECOMENDACIÓN # 5 CUMPLE / NO CUMPLE	VERIFICABLES		
					Nombre medicamento retroviral	Mínimo existencias requerido	Máximo existencias requerido
							NO APLICA

	Nombre Funcionario	Cargo	Firma
Elaborado por	LCDA. VANESSA AYALA PUYA	FARMACIA	
Revisado por	LCDA. DIANA MERCHAN GUERRERO	BODEGA GENERAL	
Aprobado por	DRA. CECILIA SOLANO VELEZ	DIRECTORA MEDICA	