

ANEXO 3:

ACTA DE ENTREGA DE PULSIOXÍMETROS A COMITÉS COMUNITARIOS DE SALUD Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

DISTRITO	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
FECHA	
NÚMERO DE CELULAR	

NOMBRE			
DNI			
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA A LA QUE PERTENECE O REPRESENTA (marcar con una x)			
Comité Comunitario de Salud		Comedor Popular	
Agente Comunitario de Salud		Otra organización	

Declaro haber recibido pulsioxímetros, comprometiéndome a cuidarlos y utilizarlos correctamente de acuerdo a las indicaciones y lineamientos establecidos por el MINSA, y a devolverlos cuando sean requeridos por la autoridad de salud local en adecuado estado de funcionamiento.



Firma del ciudadano