



**Dirección General de Salud
División Fiscalización**

**PLANILLA PERIODICA DE CONTROL DE ACUERDOS DE
VACUNACIÓN**

PERÍODO DE VACUNACIÓN DEL DIA / / HASTA EL / / .

Fecha			
-------	--	--	--

N° Total de Sobres contenidos en el envío	
---	--

Departamento	Localidad
Identificación de Vacunatorio	Dirección
Responsable del contenido del sobre	
C.I	Cel:

Número de personas vacunadas en el período	
Numero de acuerdos de vacunación remitidos en el envío	
Observaciones:	

Personal actuante:

Firma:

Aclaración: