ACTA DE RETIRO /NO RETIRO DE FÓRMULA DE INICIO DEL PNAC BÁSICO O REFUERZO DE NIÑOS O NIÑAS MENORES A DOCE MESES									
Encargado de distribución:									
Establecimiento de salud:									
FECHA	N° DE TARROS ENTREGADOS	NOMBRE QUIEN RETIRA	RELACIÓN CON EL/LA BENEFICIARIO/A	RUN NIÑO O NIÑA BENEFICIARIO/A	RETIRO/NO RETIRO		FIRMA CUIDADOR RESPONSABLE	EN CASO DE NO RETIRO INDICAR MOTIVO (FORMULARIO INCOMPLETO, FALTA DE PRODUCTO, INASISTENCIA A CONTROLES, ETC)	LA PERSONA QUE RETIRA SE COMPROMETE A NO VENDER EL PRODUCTO ENTREGADO
					Retiro	No retiro			