AUTORIZACION

La **Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca**, en ejercicio de las competencias conferidas en la resolución 4481 de 2012, autoriza bajo la radicación # **81-002591** al vehículo tipo-CAMONETA- Marca RENAUT Modelo 2023, de color BLANCO de placas HNR-776 Propiedad del señor MEJIA MEDEZ NESTOR ALEXI a portar el emblema de **MISION MEDICA** Tipo Bandera removible, con fecha de vigencia 24 de Noviembre del 2024 para realizar las actividades de transporte terrestre para el personal de salud pública e insumos de la unidad administrativa especial de salud.

En caso que esta unidad o medio de transporte utilice el emblema para fines diferentes a las mencionadas en dicha autorización, se ordenará la cancelación de la correspondiente autorización, así como el retiro físico del emblema, sin perjuicio de las sanciones penales, disciplinarias o legales que haya lugar.

Expedida a los 16 del mes de septiembre de 2024

ANYI YOLEIDA MARTINEZ CASTILLO
Profesional especializado CRUE
Unidad administrativa especial de salud de Arauca

Elaboro: Edna Roció Pérez Castro / Referente Misión Medica
Aprobó: Anyi Yoleida Martínez / Profesional Especializado

Para más información contactarse: Cel 3184748193 / misionmedica@unisaludarauca.gov.co

RADICACION # 81-002591
FECHA: 16 -09-2024
DD MM AA

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL USO DEL EMBLEMA PROTECTOR DE LA MISIÓN MÉDICA

INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD SOLICITANTE						
INSTITUCIÓN: **UAESA**					PÚBLICA: **X** PRIVADA:	
MUNICIPIO: **ARAUCA**						
PERFIL INSTITUCIONAL: ASISTENCIAL _ TRASLADO _ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN___ OTRO: _X_						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE: **ANA ZULEYMA MENDOZA NIÑO**						
CARGO DEL REPRESENTANTE LEGAL: **GERENTE**						
INFORMACIÓN DE MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIO QUE UTILIZARÁN EL EMBLEMA						
	MARCA	**MODELO**	**AÑO**	**PLACAS**	**TIPO**	
VEHÍCULOS TERRESTRES	RENAULT	2023		NHR-776	AMBULANCIA:	OTRO:X
					AMBULANCIA:	OTRO:
					AMBULANCIA:	OTRO:
					AMBULANCIA:	OTRO:
					AMBULANCIA:	OTRO:
Descripción otros medios de transporte (embarcaciones, Aeronaves, etc).						

INFORMACIÓN DE INSTALACIONES SANITARIAS QUE UTILIZARÁN EL EMBLEMA	
DESCRIPCIÓN:	UBICACIÓN:
DESCRIPCIÓN:	UBICACIÓN:

INFORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO QUE UTILIZARA EL EMBLEMA					
NOMBRE	**DOC ID**	**PROFESIÓN**	**CARGO**	**TIPO CONTRATO**	**FECHA TERMINACIÓN**
Néstor Alexi Mejía Méndez	77.192.414		CONDUCTOR	OPS	30-09-2024

ESPACIO RESERVADO PARA LA AUTORIZACIÓN DEL EMBLEMA		
Autorizado: Si _X **VER AUTORIZACION ANEXA** No__	Ente que autoriza: **UAESA**	**Firma:**
Nombre del responsable: **ANYI YOLEIDA MARTINEZ CASTILLO**		
Cargo: Profesional Especializado CRUE	Fecha autorización. **2 /09 /2024** Vigencia hasta: 24 **-11-2024**	