DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

FORMATO AUTORIZACIÓN ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Version: 0 Vigencia: 10-2015

Fecha:	*23-oct-25*	
Entidad:	*Secretaria de Salud Departamental*	**RECLAMAR EN: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)**
Referencia:	*AUTORIZACIÓN SALIDA MEDICAMENTOS ETV*	
Número Autorización:	*"10/10- 2025 - ETV"*	
Solicito entregar los siguientes medicamentos del programa, con destino a:		*ESE Hospital San Vicente de Paul - Apia*
Nota: esta autorización tiene una vigencia de 10 dias calendario		

PACIENTE O DESTINACION	DOCUMENTO IDENTIDAD	MEDICAMENTO - INSUMO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD AUTORIZADA	OBSERVACIONES
CESAR AUGUSTO GARCIA GUTIERREZ	18533101	CLOROQUINA 250 MG	TABLETAS	10	10	Completo
		PRIMAQUINA 15 MG	TABLETAS	20	20	Completo

AUTORIZÓ
Firma
Nombre: WILLTON MEJIA TEJADA
Cargo/Función: PROFESIONAL UNIVERSITARIO - COORDINADORA PROGRAMA ETV
Entidad: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

ENTREGA
Firma
Nombre: Valentina Montañez Diaz
Cargo/Función: Medico
Entidad: CRUE

RECIBE
Firma
Nombre: Yineth Arboleda
Cargo/Función: Aux de enfermeria
Entidad: Hospital Apia.

FECHA ENTREGA	DIA	MES	AÑO
14+00	14	11	2025

Scanned with CamScanner