DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
FORMATO AUTORIZACIÓN ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Version: 0 Vigencia: 10-2015

Fecha: *14-nov-25*
Entidad: *Secretaria de Salud Departamental*
Referencia: *AUTORIZACIÓN SALIDA MEDICAMENTOS ETV*
Número Autorización: *"188 - 2025 - ETV"*

RECLAMAR EN: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE

Solicito entregar los siguientes medicamentos del programa, con destino a: *IPS CLINICA LOS ROSALES- PEREIRA*

Nota: esta autorización tiene una vigencia de 10 dias calendario

PACIENTE O DESTINACION	DOCUMENTO IDENTIDAD	MEDICAMENTO - INSUMO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD AUTORIZADA	OBSERVACIONES
MATHIAS CUERVO MOSQUERA	1.089.648.540	CLOROQUINA 250 MG	TABLETAS	10	10	Completo
		ARTESUNATO 60 MG	AMPOLLAS	3	3	Completo
		PRIMAQUINA 5 MG	TABLETAS	20	20	Completo
TOTAL MEDICAMENTOS AUTORIZADOS		CLOROQUINA 250 MG	TABLETAS			
		PRIMAQUINA 15 MG	TABLETAS			
		ARTESUNATO 60 MG	AMPOLLAS			
		ANTIMONIATO MEGLUMINA (GLUCANTIME) +1.5 G + 5ML	AMPOLLA			
		ARTEMETHER + LUMEFANTRINE 20 + 120 MG	TABLETAS			

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

ENTREGA
Firma
Nombre: Valentina Montoya Diaz
Cargo/Función: Médico
Entidad: CRUE

RECIBE
Firma
Nombre: Carlos A. Moncada.
Cargo/Función: Aux. administrativo
Entidad: Clinica los Rosales

FECHA ENTREGA	DIA	MES	AÑO
10+30	14	11	2025

Scanned with CamScanner