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:	*"189 - 2025 - ETV"*

RECLAMAR EN: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE

Solicito entregar los siguientes medicamentos del programa, con destino a: *ESE Hospital San Vicente de Paul - APÍA*

Nota: esta autorización tiene una vigencia de 10 dias calendario

PACIENTE O DESTINACION	DOCUMENTO IDENTIDAD	MEDICAMENTO - INSUMO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD AUTORIZADA	OBSERVACIONES
ARLEN BISNEY RESTREPO VERA	1.146.436.642	CLOROQUINA 250 MG	TABLETAS			
		ANTIMONIATO MEGLUMINA (GLUCANTIME) +1.5 G + 5ML	AMPOLLA		60	
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: Juliana Carolina Diaz
Cargo/Función: Médico
Entidad: CRUED

RECIBE
Firma
Nombre: Yineth Arboleda Acevedo
Cargo/Función: Auxiliar Enfermeria
Entidad: Apia Risaralda

FECHA ENTREGA	DIA	MES	AÑO
	14	11	2025

Scanned with CamScanner