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

Version: 0 Vigencia: 10-2015

Fecha:	*18-nov-25*
Entidad:	*Secretaria de Salud Departamental*
Referencia:	*AUTORIZACIÓN SALIDA MEDICAMENTOS ETV*
Número Autorización:	*"190 - 2025 - ETV"*

RECLAMAR EN: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE

Solicito entregar los siguientes medicamentos del programa, con destino a: *ESE Hospital San Pedro y San Pablo - La Virginia*

Nota: esta autorización tiene una vigencia de 10 dias calendario

PACIENTE O DESTINACION	DOCUMENTO IDENTIDAD	MEDICAMENTO - INSUMO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD AUTORIZADA	OBSERVACIONES
TOTAL MEDICAMENTOS AUTORIZADOS		CLOROQUINA 250 MG	TABLETAS	20	20	Cagluto
		PRIMAQUINA 15 MG	TABLETAS	30	30	Cagluto
		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 Montañez Diaz
Cargo/Función: Medico
Entidad: CRUE

RECIBE
Firma Diana Caicedo
Nombre: Diana Caicedo
Cargo/Función: Aux Enfermeria
Entidad: Hospital La Virginia

FECHA ENTREGA	DIA	MES	AÑO
14 +50	19	11	2025

Scanned with CamScanner