	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION DE PRESTACION DE SERVICIOS CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS ENTRADA DE ANTIDOTOS Y SUEROS
Versión: 0	Vigencia: 06-2022

1. FECHA Y HORA DE ENTRADA:

AÑO					MES		DIA		HORA MILITAR			
2	0	2	5	10+28	1	1	0	6	10	+	28	

2. PROCEDENCIA DEL ANTIDOTO O SUERO

DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA
INSTITUCION	CLINICA NEVADOS

3. MEDIO DE ENVIO Y ENTIDAD RESPONSABLE

NOMBRE DE LA TRANSPORTADORA	CLINICA NEVADOS
TIPO DE EMBALAJE	NEVERA CON PILAS
CANTIDAD	2 AMPOLLA DE SUERO ANTIOFIDICO

4. RECIBO INICIAL (Se diligencia solo cuando proviene de otra dependencia de la Secretaría de salud, si es la transportadora quien entrega directamente al CRUE pase al punto 5)

DEPENDENCIA QUE RECIBIO	CRUE RISARALDA
RESPONSABLE DE SU RECIBO	ORIKA MOSQUERA LOPEZ
FECHA Y HORA DE SU RECEPCION INICIAL	06/11/2025 10+28

Indique el modo de conservación previo a su recibo por el CRUE:

NEVERA CON PILAS REFRIGERADAS

¿Se recibe copia de la guía de entrega del transportador, salida de inventario o acta de entrega?

SI _X_ Número: _____ NO___

5. CONDICIONES AL RECIBO POR EL CRUE:

#	CONDICION A VERIFICAR		
5.1	¿Esta sellado?	SXI	NO
5.2	¿Signos de derrame o contacto con alguna sustancia	SI	NXO
5.3	¿La presentación del medicamento coincide con la salida o acta de entrega?	SXI	NO
5.4	¿Requiere cadena de frio?	SXI	NO
5.5	Si requiere cadena de frio ¿está entre 3 a 7 °C?	SI	NO
5.6	¿La cantidad recibida coincide con la indicada en la salida o acta de entrega?	SXI	NO

En caso de alguna respuesta negativa, describa la situación:

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARIA DE SALUD GESTION DE PRESTACION DE SERVICIOS CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS ENTRADA DE ANTIDOTOS Y SUEROS
Versión: 0	Vigencia: 06-2022

6. CANTIDADES Y CARÁCTERÍSTICAS DEL MEDICAMENTO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	CANTIDAD
SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE LIOFILIZADO 10/ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	25SAPO2	SEPTIEMBRE/2029	2

7. IDENTIFICACION DE RESPONSABLES:

7.1 QUIEN ENTREGA:

FIRMA DE QUIEN ENTREGA	
NOMBRES Y APELLIDOS	**ORIKA MOSQUERA LOPEZ**
CARGO	MEDICO CRUE
INSTITUCION	CRUE RISARALDA

7.2 QUIEN RECIBE:

FIRMA DE QUIEN RECIBE	
NOMBRES Y APELLIDOS	WALTER VELASQUEZ RAMIREZ
CARGO	MENSAJERO CLINICA NEVADOS
INSTITUCION	CLINICA NEVADOS

8. DOCUMENTOS Y/O ELEMENTOS ADJUNTOS:

#	DESCRIPCION	SE ADJUNTA	
		SI	NO
1	Salida de Almacén de la entidad remitente*	X	
2	Guía de la transportadora	X	
3	Relación de medicamentos entregada por parte del remitente	X	
4	Termo higrómetro desechable.	X	
5	Factura	X	
6			

*Obligatoria.

Clínica Los Nevados
UN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD

Pereira, 5 noviembre 2025

STLN-DME-2025 D-000800

Señores:
Crue
Pereira

Asunto: Devolución de suero antiofídico polivalente

Cordial saludo, por medio de la presente la Clinica Los Nevados hace devolución de 2 ampollas de suero antiofídico polivalente prestados por uds. el día 5 de agosto de 2025 para la aplicación del paciente Jose Hilario Niaza Baquiaza cc 18603376, agradeciendo el apoyo prestado para la atención del paciente.

Datos del antídoto entregado desde la clínica Los Nevados :
Suero antiofídico polivalente
Presentación ampolla 10 mililitros
Lote: 25SAP02
Fecha de vencimiento: 09.2029
Cantidad entregada 2 ampollas
Se entrega con cadena de frio nevera con pilas para su conservación
Hora de salida de la clínica 10:00 Am.
Temperatura de salida de la Clinica 3.4 °C

Favor firmar a conformidad el recibido del suero antiofídico polivalente

Nombre
Cargo
Hora
Fecha:

Atentamente

Martha Cecilia Mendoza
Directora médica

Clínica Los Nevados

UN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD

Pereira, 05 de noviembre de 2025.

Señores:
CRUE
Pereira, Risaralda

Asunto: Pago de prestamo

Cordial saludo.

Por medio de la presente nos permitimos realizar el pago del prestamo del siguiente producto

Nombre articulo	Lote	Fecha de vencimiento	Cantidad
SUERO ANTIOFIDICO 10ML	25SAP02	09-2029	2

Agradecemos su colaboración.

Erika Hernandez Vélez
Regente de farmacia
CC 1.054.562.981

Despacha
Erika Hernandez
Regente de farmacia