



# DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA  
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD  
SALUD PÚBLICA

AUTORIZACIÓN FIRMA MANUSCRITA PARA AAT E IVC  
ESTABLECIMIENTOS DE INTERÉS SANITARIO.

En pleno uso de mis facultades legales e intelectuales, por este medio doy mi autorización a que se utilice mi firma digital en documentos que serán uso de la Secretaría De Salud Departamental de Risaralda, para todas las labores encomendadas en la presente acta de visita de Actividades de Inspección Vigilancia y Control; los documentos que autorizo mi firma manuscrita son los siguientes que se encuentran en el presente formato, los cuales cuentan con fecha, Numero de Acta, % de cumplimiento, Se aplicó M.S.S, Envío del acta, observaciones de mi parte, firma de quien o quienes realizaron la visita con nombre cedula y cargo y los datos de mi parte con firma, nombre, Cedula y cargo, Sin Otro particular.

Nombre Del Establecimiento: RDC IE Bernardo Ariza Fujillo			
FECHA	NUMERO DE ACTA	% CUMPLIMIENTO	SE APLICO M.S.S
25-03-2025	100-01-RDC-IVC-01250325	91.5	
25-03-2025	100-01-RDC-IVC-01250325	100	
LA PRESENTE ACTA SE ENVIA AL CORREO O TELEFONO			
Pae.lav.50.0020@constituyentesdelamibia.co			
OBSERVACIONES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:			
Buena visita.			

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la realización de la visita.

## Por la Entidad Territorial:

Nombre: Juan Sebastian Ramirez

Firma:

Documento de identidad: 18402608

Cargo Técnico A. SSD

## Responsable del establecimiento:

Nombre: Brian Giraldo Lopez

Firma:

Documento de identidad: 1087554780

Cargo: coordinador

## Por la Entidad Territorial:

Nombre: Aily Yulieth Cordero / Angela Taborda

Firma:

Documento de identidad: 1081546228 / 1081558416

Cargo: contratista de salud / contratista de salud

## Responsable del establecimiento:

Nombre: Yennifer Tatiana Rivera Cardona

Firma:

Documento de identidad: 1007220803

Cargo: enlace municipal pae.

