

Grupo profesional: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Firma:

Para uso exclusivo de la INS Red de Servicios de Salud S.A.

Autorizado para:

☐

Incapacidades

☐

Recetas

☐

Pedidos de papelería e implementos

Autorizado por: \_\_\_\_\_