|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |
|  |  | **FORMATO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACION USO DEL EMBLEMA** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **Radicación #:**  |
|  |  |  |  | **FECHA** | **Fecha: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ /** |
|  |  |  |  |  |  **DD**  MM AAAA |
|  | **SOLUCITUD DE AUTORIZACIÓN DEL USO DEL EMBLEMA PROTECTOR DE LA MISIÓN MEDICA** |
| **INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** |
| Institución:  | Pública: \_\_\_\_ Privada: \_\_\_\_\_ |   |
| Municipio: | Departamento: |
| Perfil institucional: Asistencial \_\_\_\_ Traslado \_\_\_\_ Promoción y Prevención \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_ |
| Nombre del representante legal: |
| Cargo del representante legal: |
| **INFORMACIÓN DE MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIO QUE UTILIZARÁN EL EMBLEMA** |
| **Vehículos terrestres** | **Marca** | **Modelo** | **Año** | **Placas** | **Tipo** |
|   |   |   |   | Ambulancia | Otro |
|   |   |   |   | Ambulancia | Otro |
|   |   |   |   | Ambulancia | Otro |
|   |   |   |   | Ambulancia | Otro |
| Descripción otros medios de transporte (embarcaciones, Aeronaves, Etc.).  |
| **INFORMACIÓN DE INSTALACIONES SANITARIAS QUE UTILIZARÁN EL EMBLEMA** |
| Descripción:  | Ubicación: |
| Descripción:  | Ubicación: |
| **INFORMACIÓN DEL PERSONAL SANITAIO QUE UTILIZARA EL EMBLEMA** |
| **Nombre**  | **Doc ID** | **Profesión** | **Cargo** | **Tipo Contrato** | **Fecha Terminación** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **ESPACIO RESERVADO PARA LA AUTORIZACIÓN DEL EMBLEMA** |
| Autorizado: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ | Ente que Autoriza:  | **Firma:** |
| Nombre del Responsable:  |
| Cargo: | Fecha Autorización \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ Vigencia hasta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ |