

ANEXO XI

FORMATO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS RELACIONADOS CON LA SALUD CON CARGO AL FONDO REVOLVENTE FONDEN

Oficio No. _____

C. _____
DIRECTOR GENERAL DEL
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y
CONTROL DE ENFERMEDADES
PRESENTE

Por este conducto me permito informarle que el ____ de ____ del año ____ la Coordinación General de Protección Civil, emitió Boletín de Prensa No. ____ a través del cual expidió Declaratoria de Emergencia con motivo de (incluir fenómeno natural que ocasiona la emergencia) ocurrido los días _____ de ese mismo año y que afectaron diversos municipios del Estado de _____.

En razón de lo anterior, atento a lo dispuesto por el artículo 12 del Acuerdo que establece los Lineamientos para emitir las Declaratorias de Emergencia y la utilización del Fondo Revolvente FONDEN, me permito hacerle la siguiente requisición de insumos para la atención de las necesidades urgentes para la salvaguarda de la vida y la salud de la población afectada con la emergencia que nos ocupa.

Para los efectos anteriores, me permito proporcionarle la siguiente información:

Municipios objeto de la Declaratoria de Emergencia. (identificando la población afectada por la emergencia)

	Municipio	Población Afectada
TOTAL		

Propuesta de insumos requeridos

No.	Descripción	Presentación	Clave	Población a beneficiar

De determinarse procedente esta solicitud y con el fin de que pueda llevarse a cabo la diligencia de entrega y recepción física de los insumos antes requeridos, me permito designar como responsables de la recepción de los mismos a los:

Nombre del Funcionario	Dirección del almacén para la entrega de los productos	Teléfonos de contacto fijo y móvil

*señalar como mínimo a 3 funcionarios facultados para recibir los productos

Una vez recibidos los insumos, el Gobierno del Estado se compromete a informar a esa Dirección General respecto de la utilización de los mismos, en un plazo que no deberá exceder de 60 días naturales contados a partir de la notificación del Cierre de la Emergencia.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL
SECRETARIO DE SALUD DE LA ENTIDAD FEDERATIVA

c.c.p. DIRECTOR GENERAL DEL FONDEN