

## DONAR ORGÁNOS ES SALVAR VIDAS

## **“EL RIO ATUEL TAMBIEN ES PAMPEANO”**

## **"AÑO 2025: AÑO DE LA MEMORIA, VERDAD y JUSTICIA. A 40 AÑOS DEL JUICIO A LAS JUNTAS MILITARES"**

República Argentina VERDAD y JUSTICIA.  
Poder Ejecutivo de la Provincia de La Pampa JUICIO A LAS JUNTAS



## ANEXO I

## **"Orden de Servicio y Pago"**

Establecimiento Asistencial .....  
Lugar y Fecha:.....  
Solicitante:.....  
Evento:.....  
Motivo:.....  
.....  
.....

Legajo Automotor: .....

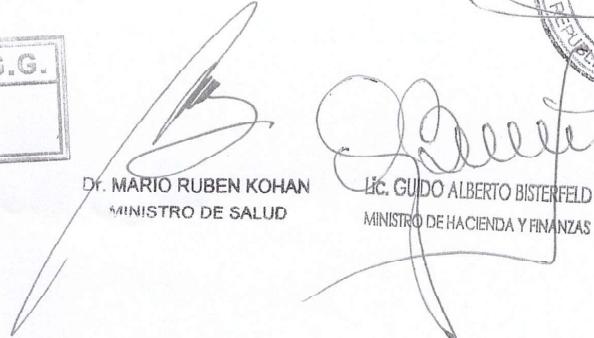
I. TCUIDACIÓN Y ORDEN DE PAGO DE PRESTACIONES DEL ART. N° 45 TER LEY N° 1279.

Rama: (P) Profesional (E) Enfermería (C) Chofer.

ANEXO I DECRETO N° 2548/25



Dr. MARIO RUBEN KOHAN  
MINISTRO DE SALUD



LIC. GUIDO ALBERTO BISTERFELD  
MINISTRO DE LA HACIENDA Y MINISTERIO

DONAR ORGANOS  
ES SALVAR VIDAS

**"EL RIO ATUEL TAMBIEN  
ES PAMPEANO"**

**"AÑO 2025: AÑO DE LA MEMORIA,  
VERDAD Y JUSTICIA. A 40 AÑOS DEL  
JUICIO A LAS JUNTAS MILITARES"**

República Argentina  
**Poder Ejecutivo de la Provincia de La Pampa**



**ANEXO II**

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIO**

**FICHA TÉCNICA – SOLICITUD DE REFERENCIA PARA EL EFECTOR SANITARIO**

**DISPOSITIVO DE RIESGO PREVISIBLE PARA COBERTURA DE EVENTOS DE MASIVA  
CONCURRENCIA**

**1- CONDICIONES DEL EVENTO**

Nombre del evento:

Fecha de realización:

Lugar de realización:

Tipo de actividad a desarrollarse (descripción de actividad principal y secundarias):

Duración prevista (horarios detallados de inicio y finalización):

Cantidad de público estimada (estipulado por venta de entradas/antecedentes/proyección):

Servicios previstos (comidas, bebidas, juegos, etc.):

**2- RESPONSABLES DEL EVENTO**

Organizadores del evento: nombre, teléfonos de contacto y dirección de correo electrónico.

Organismo habilitante (Municipio/comuna/comisión de fomento): nombre, teléfonos de contacto y dirección de correo electrónico.

Fecha de la autorización municipal:

Constancia de habilitación del predio/lugar:

Instituciones involucradas en el dispositivo: Municipio/DC/BV/Seguridad/Salud/Otras  
(nombre, teléfonos de contacto y dirección de correo electrónico).

¿La organización cuenta con un Plan de respuesta a incidentes? (Adjuntar)

**3- EFECTOR SANITARIO**

Centro de Salud u Hospital de referencia: nombre, teléfonos de contacto y dirección de correo electrónico.

Fecha de solicitud del Dispositivo de Riesgo Previsible:

Comentarios:

**ANEXO II DECRETO N° 2548 /25**



Dr. MARIO RUBEN KOHAN  
MINISTRO DE SALUD

LIC. GUIDO ALBERTO BISTERFELD  
MINISTRO DE HACIENDA Y FINANZAS