|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA** |  |
| **E.S.E. HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ** |  |
| **NIT 825.001.119-5** |  |
| **INFORME DE GESTION 2024** | Página **1** de **1** |
| **NOMBRE DEL PROCESO: ACTOS ADMINISTRATIVO Y OFICIOS** | **RESPONSABLE: GERENCIA** |
| **FORMATO PARA LA INSCRIPCIÓN DE INTERVENCIONES**Consecutivo No: Lugar: Fecha: **Recomendación:** Los hechos sobre los cuales se va a pronunciar, deben estar relacionados Prestación de Servicios de Salud, Contratación, Aspectos Financieros y Satisfacción de los Usuarios de la vigencia 2020.Actúa en forma personal: Si No Si marcó “No”, a la pregunta anterior, escriba además el nombre de su Organización: Nombre: Organización: 1. Escriba el área o tema sobre el cual desea hacer su intervención, recomendación, sugerencia u observación: \_
2. Escriba su intervención, pregunta, recomendación, observación o Sugerencia:
3. Nombre y firma de quien entrega:
4. Nombre y firma de quien recibe:
 |
| **Oportunidades de Salud para todos****Calle 6 No 2-23 \* TEL 3127090527****e-mail** **hospitaljagua@hotmail.com****la Jagua del pilar – La Guajira** |