|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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**](mailto:hospitaljagua@hotmail.com)  **la Jagua del pilar – La Guajira** | | | |