

	DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA		CODIGO: DSMM-SA-2019	
	E.S.E. HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ		VERSION :01	
	NIT 825.001.119-5		Fecha: 02-01-2019	
	INFORME DE GESTION 2.018			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 2018.

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: _____