



E.S.E. – NIVEL II
NIT 890.701.459-4

FORMATO DE INTERVENCIONES

Lugar: Sala de Conferencias Hospital San Juan Bautista ESE

Fecha:

Nombre de la Entidad u Organización _____

Nombre del participante: _____

Dirección de contacto o correo electrónico: _____

Pregunta: _____

Tener en cuenta las siguientes sugerencias para su intervención:

1. El tiempo que tendrá será máximo de tres (3) minutos.
2. Luego de este tiempo el moderador podrá dar por concluida su intervención.
3. Si por motivos de tiempo no puede realizar su intervención, podrá escribir y enviar su comentario al correo electrónico cinterno@hospitalsanjuanbautista.gov.co o entregar este formato diligenciado en la mesa de registro en la entrada a la audiencia.

GRACIAS POR SU ASISTENCIA

VIGILADO



Chaparral Tolima, calle 11 carreras 9 y 10 – Tel 098 2461530 – 2460077 Ext.129
www.hospitalsanjuanbautista.gov.co - Correo: cinterno@hospitalsanjuanbautista.gov.co



E.S.E. – NIVEL II
NIT 890.701.459-4

FORMATO PARA PRESENTACION DE LAS PROPUESTAS

Lugar: _____

Fecha: _____

Recomendación: Es importante tener en cuenta que los hechos sobre los cuales se va a pronunciar estén relacionados con los temas definidos para la Audiencia Pública.

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Lugar y fecha: _____

Nombres y Apellidos: _____

Dirección de Correspondencia: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Marque con una X, según el caso:

Actúa en forma personal _____

Actúa en representación de una organización _____

¿Cuál? _____

PROPUESTA

Describa por favor la propuesta, recomendación, observación, pregunta o sugerencia sobre la Rendición de Cuentas a la Ciudadanía.

DOCUMENTOS QUE ADJUNTA

1. _____

2. _____

3. _____

FIRMA _____

VIGILADO

