|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | | | |
| NOMBRE COMPLETO |  | | |
| TIPO DE DOCUMENTO |  | No. DOCUMENTO |  |
| TELEFONO |  | CORREO ELECTRONICO |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA INVERVENCIÓN** |
| Por favor registre acá su observación o duda frente a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas desarrollada por la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá. |

NOTA: Señor ciudadano, recuerde que en caso de no ser posible su intervención en la jornada de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, a causa del tiempo destinado para la misma, se proyectará respuesta con su requerimiento dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la celebración del evento, la cual podrá solicitar dentro de los términos en la oficina de Gerencia.