



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE SALUD Y DE**  
**LA PROTECCIÓN SOCIAL**  
**Hospital San Francisco**  
**E.S.E.**



**FORMATO PARA LA INSCRIPCION DE PREGUNTAS E**  
**INQUIETUDES**

**Recomendación:** Los hechos sobre los cuales se va a pronunciar deben estar relacionados con los Temas definidos para la Audiencia Pública

**LUGAR AUDIENCIA PÚBLICA:** ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO.

**FECHA AUDIENCIA PÚBLICA:** 16 DE MAYO DE 2019

**ACTUA EN FORMA PERSONAL:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**NOMBRE:**

**ORGANIZACIÓN:**

**DIRECCION:**

**TELEFONO:**

**CORREO ELECTRONICO:**

*Describe su Pregunta, propuesta, recomendación, observación o sugerencia:*

---

---

---

---

*Describe los documentos que adjuntaría a la pregunta o propuesta (Si los tiene)*

---

---

---

---

---

---

**Nombre o Firma**

---

---