

	<p align="center">HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. Nit: 891900441-1</p>	
	<p align="center">FORMATO INSCRIPCIÓN DE PROPUESTAS DURANTE EL ACTO DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2019 AGOSTO 28 2020</p>	

Recomendación: Los hechos sobre los cuales se va a pronunciar deben estar relacionados con los temas definidos en el informe de rendición de cuentas.

Sexo: Masculino Femenino

Edad(años): 0-15 16-25 26-35 35-45 46-55 Mayorde55

¿Actúa en Forma Personal?: Si No

Si marco Sí, por favor, escriba su nombre: _____

Si marco NO, por favor escriba el nombre de la organización que representa:

Datos de Contacto

Dirección de Contacto _____

Teléfono _____ **Correo Electrónico** _____

Describa brevemente su propuesta, recomendación, observación, duda o inquietud:

Firma de quien entrega

Firma de quien recibe