



ESE HOSPITAL CENTRO DE SALUD DE GALAPA

Este formato se dispone para que Usted exprese sus preguntas, inquietudes, observaciones o sugerencias acerca de la gestión realizada en la institución durante el año 2024

NOMBRE Y APELLIDOS	
DIRECCIÓN	
E- MAIL	
TELEFONO(S) DE CONTACTO	

Acorde a la **Ley 1581 de 2012** y el **Decreto 1377 de 2013** para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información **personal** que es almacenada en bases de **datos**, señale su autorización

SI ____ NO ____

ENUNCIE POR FAVOR LA PREGUNTA, OBSERVACION O INQUIETUD SOBRE LA RENDICION DE CUENTAS

Este formato una vez se diligencie se puede entregar en la Oficina de Atención al usuario: Esquina, Calle 12 Carrera 16, Galapa, Atlántico, o enviar al correo calidad@hospitalgalapa.gov.co y el correo siau@hospitalgalapa.gov.co

Atención con calidad, nuestro compromiso con Galapa