



**E.S.E. Centro de Salud de Galapa**

## **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 2025

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>E- MAIL</b>	
<b>TELEFONO(S) DE CONTACTO</b>	

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 2025**

---

---

---

---

---

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](mailto:calidad@hospitalgalapa.gov.co) y el correo [siau@hospitalgalapa.gov.co](mailto:siau@hospitalgalapa.gov.co)

*Atención con calidad, nuestro compromiso con Galapa*