



EN INTERVENCIÓN

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, RESOLUCIÓN N° 003569 DE 28/11/2016

**AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS
FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS Y/O EVALUACIONES**

Lugar: _____
Fecha: _____

Recomendación: Es importante tener en cuenta que los hechos sobre los cuales se va a pronunciar estén relacionados con el Informe de Gestión publicado para el evento público de rendición de cuentas.

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nombre: _____
Sexo: Masculino _____ Femenino _____
Edad (años): 0-15 _____ 16-25 _____ 26-35 _____ 35-45 _____ 46-55 _____ Mayor de 55 _____
Número de identificación: _____
Dirección (domicilio): _____
Teléfono (fijo y/o celular): _____
Correo electrónico: _____

(Marque una X, según corresponda)

Actúa en forma: Personal: _____. En representación de Organización: _____
¿Cuál?: _____

II. DESCRIBA SU OBSERVACIÓN, EVALUACIÓN, PROPUESTA O RECOMENDACIÓN:

Usted desea presentar con relación al cumplimiento de la gestión de la Administración actual de la ESE Hospital Universitario del Caribe una: *(Marque con una X, según corresponda)*

Observación: __ Evaluación: __ Propuesta: __ Recomendación: __ Dudas/inquietud: __
Describala: _____

En relación con el cumplimiento de los compromisos establecidos en el Plan de Desarrollo Institucional, usted tiene una: *(Marque con una X, según corresponda)*

Observación: __ **Evaluación:** __ **Propuesta:** __ **Recomendación:** __ **Dudas/inquietud:** __
Describala: _____

En relación con la programación y ejecución del Presupuesto, usted tiene una: *(Marque con una X, según corresponda)*

Observación: __ **Evaluación:** __ **Propuesta:** __ **Recomendación:** __ **Dudas/inquietud:** __
Describala: _____

FIRMA: _____ C.C.: _____