



E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BELÉN DE UMBRÍA

NIT. 891.408.918-1

FORMATO INSCRIPCIÓN DE PROPUESTAS

CÓDIGO: DI-FR-005

VERSIÓN: 4

FECHA: 11/06/2019

PÁGINA: 1 de 1

CONSECUTIVO: _____

RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2024

MAYO 16 DE 2025

AUDITORIO ESE SAN JOSÉ

Es importante tener en cuenta que los hechos sobre los cuales se va a pronunciar estén relacionados con la Entidad que va a realizar la Rendición de Cuentas

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS: WILLERMO DEJESUS VILLA RESTREPO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 27 N° 8-16 BARRIO EL PRADO

TELÉFONO: 3007280594

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Marque con una X, según el caso: Actúa en forma personal ☐ Actúa en representación de una organización ☐
Cuál? _____

En este espacio describa su propuesta, inquietud, observación, pregunta, sugerencia o felicitación:

WILLERMO VILLA DEJESUS QUIERO SOLICITAR AL PERSONAL DE
MEDICOS ENFERMERAS PARTE ADMINISTRATIVA
POR LA VULNERACION Y AMARILLIDAD CON QUE
ME HAN ATENDIDO LOS SERVICIOS A LOS
FUNCIONARIOS

SI ADJUNTA DOCUMENTOS, POR FAVOR RELACIONELOS AQUÍ:

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA: _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE: _____

LUGAR Y FECHA: _____

WILLERMO VILLA RESTREPO



Línea de Atención al Usuario: 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 016002910383

VIGILADO Supersalud