
	ACTAS	Código
		1243-02.37
		Página __ de __

Proceso	SIAU	Área	SIAU	Acta No. 00											
Reunión	APERTURA DE BUZONES Y REUNION COMITÉ DE PQRSF	Fecha: 10 de Septiembre de 2021		Hora de Inicio 04:00 p.m.											
Asistentes	Nombre	Cargo													
	Angie Espinosa Héctor Cabrera Natalia Regalado	Delegada Secretaria de Salud Auxiliar de apoyo calidad Trabajadora Social													
Temas	1. Saludo de bienvenida 2. Apertura de buzones 3. Lectura de acta anterior 4. Lectura y delegación de quejas 5. Compromisos 6. Despedida														
Resumen de los temas tratados, decisiones, conclusiones	1. Saludo a cargo de Trabajo Social de la institución y verificación de quorum. 2. En presencia de delegada de Secretaria de Salud Municipal, Auxiliar de Auditoria de calidad y Trabajadora Social se da apertura del buzón ubicado en el área de promoción y mantenimiento, área de consulta externa, urgencias y hospitalización encontrando lo siguiente.														
	<table><tr><th>Buzones</th><th>No. Formatos</th></tr><tr><td>Consulta externa</td><td>3 Formatos</td></tr><tr><td>Hospitalización</td><td>1 Formato</td></tr><tr><td>Urgencias</td><td>7 Formatos</td></tr><tr><td>Promoción y mantenimiento</td><td>5 Formatos</td></tr><tr><td>Oficina de Trabajo Social</td><td>0 Formato</td></tr></table> 3. Se da lectura al acta anterior con fecha de 27 de Agosto del 2021 la cual es aceptada por unanimidad. 4. Se da lectura a formatos encontrados en el buzón de promoción y mantenimiento, consulta externa, hospitalización y urgencias <ul style="list-style-type: none">Se relacionan los formatos encontrados en el anexo N° 1. 5. Despedida				Buzones	No. Formatos	Consulta externa	3 Formatos	Hospitalización	1 Formato	Urgencias	7 Formatos	Promoción y mantenimiento	5 Formatos	Oficina de Trabajo Social
Buzones	No. Formatos														
Consulta externa	3 Formatos														
Hospitalización	1 Formato														
Urgencias	7 Formatos														
Promoción y mantenimiento	5 Formatos														
Oficina de Trabajo Social	0 Formato														
Compromisos															

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
 Conmutador 4287089 Ext. 101 Fax: 4282488 Celular: 3108020679 - 3123506029
 www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
 La Hormiga - Valle del Guamuez – Putumayo

	ACTAS	Código
		1243-02.37
		Página __ de __
	<ul style="list-style-type: none"> Las quejas encontradas en el buzón de promoción y mantenimiento, consulta externa, urgencias y hospitalización serán remitidas a los coordinadores de área encargados para que brinden respuesta a dichas peticiones. 	
Fecha y hora de la próxima reunión	Se programa reunión para el próximo 24 de septiembre.	


Se cierra la reunión siendo las 05:30 horas.



Natalia Regalado R.
 Trabajadora Social
 T.P. 1061817336

NATALIA REGALADO R.
TRABAJADORA SOCIAL
E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Calidad y Oportunidad en los Servicios


Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
 Conmutador 4287089 Ext. 101 Fax: 4282488 Celular: 3108020679 - 3123506029
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
 La Hormiga - Valle del Guamuez – Putumayo


		E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZON DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: 02/09/2021 NOMBRE: ? IDENTIFICACIÓN: ? DIRECCIÓN: ? TELÉFONO: ? CORREO ELECTRÓNICO: ?		AFILIACIÓN A EPS: REGIMEN SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO 11		PROCEDENCIA URBANA RURAL X	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: Hospitalización: Urgencias: Odontología: Laboratorio X Recepción: Farmacia Consulta Especializada:		CONSULTA EXTERNA: PYM: Crecimiento y Desarrollo: Citologías: Vacunación: SIAU: Facturación:			
AREA DE ADMINISTRACIÓN:		DEPENDENCIA:			
DESCRIPCIÓN: Buenas tardes, me parece que el servicio de entrega de resultados de Rx es pésimo, juegan con el tiempo de las personas, deberían mejorar eso. No veo por qué demoran tanto en entregar.					


		E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZON DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: 01. Sep - 2021 NOMBRE: Gloria Milene Lozano IDENTIFICACIÓN: 41.19322 DIRECCIÓN: 9/30 de Octubre TELÉFONO: 312 563 29 49 CORREO ELECTRÓNICO: myl445 @-gmail.com		AFILIACIÓN A EPS: REGIMEN SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO X		PROCEDENCIA URBANA RURAL X	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: X Hospitalización: Urgencias: Odontología: Laboratorio Recepción: Farmacia Consulta Especializada:		CONSULTA EXTERNA: PYM: Crecimiento y Desarrollo: Citologías: Vacunación: SIAU: Facturación:			
AREA DE ADMINISTRACIÓN:		DEPENDENCIA:			
DESCRIPCIÓN: De buena recepción, me parece inferior la mala atención de las señoras de atención al cliente. Igual al cliente, contestan con despetismo y arrogancia, y también sabiendo que al adulto mayor deben atender de manera oportuna, los mandan a hacer fila. Servicio bastante desmejorad					


Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
 Conmutador 4287089 Ext. 101 Fax: 4282488 Celular: 3108020679 - 3123506029
 www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
 La Hormiga - Valle del Guamuez - Putumayo

		E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZON DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: <u>31 agosto 2011</u> NOMBRE: _____ IDENTIFICACIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____		AFILIACIÓN A EPS: _____ REGIMEN SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO		PROCEDENCIA URBANA RURAL	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización: _____ Urgencias: _____ Odontología: _____ Laboratorio: _____ Recepción: _____ Farmacia: _____ Consulta Especializada: _____		CONSULTA EXTERNA: PYM: _____ Crecimiento y Desarrollo: _____ Citologías: _____ Vacunación: _____ SIAU: _____ Facturación: _____		AREA DE ADMINISTRACIÓN: _____ DEPENDENCIA: _____	
DESCRIPCIÓN: <u>no estoy de acuerdo que las personas que pagamos salud tengamos que madrugar a las 4 Am para una cita medica antes nos agendaban las citas sin tener que madrugar</u>					

		E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZON DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: <u>09/07/11</u> NOMBRE: <u>Naxen Parilla</u> IDENTIFICACIÓN: <u>1006907792</u> DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: <u>3208131102</u> CORREO ELECTRÓNICO: _____		AFILIACIÓN A EPS: <u>Medinas</u> REGIMEN SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO		PROCEDENCIA URBANA RURAL	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: _____ Hospitalización: _____ Urgencias: _____ Odontología: _____ Laboratorio: _____ Recepción: _____ Farmacia: _____ Consulta Especializada: _____		CONSULTA EXTERNA: PYM: _____ Crecimiento y Desarrollo: _____ Citologías: _____ Vacunación: _____ SIAU: _____ Facturación: _____		AREA DE ADMINISTRACIÓN: _____ DEPENDENCIA: _____	
DESCRIPCIÓN: <u>Se solicita Oxiliar para Rayos X</u> <u>La que se debe esperar mucho para</u> <u>que se pueda ser Atendido</u>					

		E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESUS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZÓN DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: <u>7 de Septiembre</u> NOMBRE: <u>MARIA DIGNA</u> IDENTIFICACIÓN: <u>69085044</u> DIRECCIÓN: <u>el placer</u> TELÉFONO: <u>3115520353</u> CORREO ELECTRÓNICO: _____		AFILIACIÓN A EPS: <u>AJC</u> REGIMEN SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO		PROCEDENCIA URBANA RURAL	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: _____ Hospitalización: _____ Urgencias: _____ Odontología: _____ Laboratorio: _____ Recepción: _____ Farmacia: _____ Consulta Especializada: _____ CONSULTA EXTERNA: PYM: _____ Crecimiento y Desarrollo: _____ Citologías: _____ Vacunación: _____ SIAU: _____ Facturación: _____ ÁREA DE ADMINISTRACIÓN: _____ DEPENDENCIA: _____					
DESCRIPCIÓN: <u>mi petición es que debido a la demora</u> <u>en Rayos X por que la que atiende no tiene un</u> <u>quicio para que le colabore muchas personas</u> <u>beninos de lejos se solicita asular urgente x favor</u> <u>atender esta petición gracias</u>					

		E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESUS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZÓN DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: <u>03-09-2021</u> NOMBRE: <u>Yerania Chabal</u> IDENTIFICACIÓN: <u>1.126.452.039</u> DIRECCIÓN: <u>B/ 13 de Junio</u> TELÉFONO: <u>3107580940</u> CORREO ELECTRÓNICO: <u>yeraniacizal@hotmail</u>		AFILIACIÓN A EPS: <u>Hedmas</u> REGIMEN SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO		PROCEDENCIA URBANA RURAL	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: _____ Hospitalización: _____ Urgencias: _____ Odontología: <u>X</u> Laboratorio: _____ Recepción: _____ Farmacia: _____ Consulta Especializada: _____ CONSULTA EXTERNA: PYM: _____ Crecimiento y Desarrollo: _____ Citologías: _____ Vacunación: _____ SIAU: _____ Facturación: _____ ÁREA DE ADMINISTRACIÓN: _____ DEPENDENCIA: _____					
DESCRIPCIÓN: <u>Tengo cita el 2 de septiembre 2021 a las 3 pm estuve 20</u> <u>minutos antes de la cita eran las 03:40 pm y aun no me llamaban</u> <u>me dirigí a facturación preguntando porque no aparecía en la</u> <u>lista y no me dieron respuesta solo me dijeron que</u> <u>pasara al consultorio y al mismo día me dijeron que</u> <u>podía seguir después de la consulta de odontología me avisaron</u> <u>para trabajo social y en ningún momento me avisaron</u> <u>ya podía salir la autorización directamente y como en</u> <u>medicinas si eso lo hubiera echo no estaria perdiendo tiempo</u> <u>siendo madre con muchas actividades que realiza y no puedo estar</u> <u>perdiendo tiempo, además le manifesté a la trabajadora social mi</u> <u>inconformidad y ella todo enredo me contestó.</u>					

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
 Conmutador 4287089 Ext. 101 Fax: 4282488 Celular: 3108020679 - 3123506029
 www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
 La Hormiga - Valle del Guamuez - Putumayo

27-08-2021. 1:30 pm.

- Nos dirigimos al parque municipal a hacernos inmunizar y las enfermeras del turno de la 1:30 no nos prestaron la atención, Hablamos entre ellas y por teléfono y no ignoraron completamente

* Laura Usolt Erazo.

* AH: 1.080.181.289

* TEL: 320 4191386.


Día Viernes 27 Agosto 2021


Me fuere al Parque Principal para hacerme inmunizar con una compañera pero recibí muy mala atención de parte de las enfermeras que en el momento estaban de turno, se encontraban unas hablando entre ellas y la otra hablando por celular, el cual mejor ambiente del lugar sin recibir mi vacuna.


Atm. Mauro Fernando Erazo.


N.C: 7077841753.

TEL: 320 4191386.

		E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZON DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: <u>30 agosto</u> NOMBRE: _____ IDENTIFICACIÓN: <u>97025405</u> DIRECCIÓN: <u>V1 Alto Guisao</u> TELÉFONO: <u>918760231</u> CORREO ELECTRÓNICO: _____		AFILIACIÓN A EPS: <u>ENSADAI</u> REGIMEN SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO		PROCEDENCIA URBANA RURAL	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: _____ Hospitalización: _____ Urgencias: _____ Odontología: _____ Laboratorio _____ Recepción: _____ Farmacia _____ Consulta Especializada: _____ CONSULTA EXTERNA: PYM: _____ Crecimiento y Desarrollo: _____ Citologías: _____ Vacunación: _____ SIAU: _____ Facturación: _____ AREA DE ADMINISTRACIÓN: _____ DEPENDENCIA: _____ DESCRIPCIÓN: <u>Por favor entregar mas fichas que haya mas odontologo</u>					

		E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZON DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: <u>30/8/2011</u> NOMBRE: <u>Dulce Cesari Guesya</u> IDENTIFICACIÓN: <u>817 711 194</u> DIRECCIÓN: <u>B/ 13 de junio</u> TELÉFONO: <u>3204922391</u> CORREO ELECTRÓNICO: _____		AFILIACIÓN A EPS: <u>AIC</u> REGIMEN SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO		PROCEDENCIA URBANA RURAL	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: _____ Hospitalización: _____ Urgencias: _____ Odontología: _____ Laboratorio _____ Recepción: _____ Farmacia _____ Consulta Especializada: _____ CONSULTA EXTERNA: PYM: _____ Crecimiento y Desarrollo: _____ Citologías: _____ Vacunación: _____ SIAU: _____ Facturación: _____ AREA DE ADMINISTRACIÓN: _____ DEPENDENCIA: _____ DESCRIPCIÓN: <u>Falta de ampliación de cupos para mayor atención a los usuarios de Odontología. Es necesaria mas medicos en el respecto.</u>					

		E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZON DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: <u>Agosto 30-2021</u> NOMBRE: <u>Manuel Aparicio</u> IDENTIFICACIÓN: <u>18124248</u> DIRECCIÓN: <u>8/ Acacio</u> TELÉFONO: <u>316 382 1365</u> CORREO ELECTRÓNICO: <u>inamoraca212@hotmail.com</u>		AFILIACIÓN A EPS: <u>Emsonm</u> REGIMEN SUBSIDIADO <input checked="" type="checkbox"/> CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>		PROCEDENCIA URBANA <input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: _____ Hospitalización: _____ Urgencias: _____ Odontología: <input checked="" type="checkbox"/> Laboratorio: _____ Recepción: _____ Farmacia: _____ Consulta Especializada: _____ CONSULTA EXTERNA: PYM: _____ Crecimiento y Desarrollo: _____ Citologías: _____ Vacunación: _____ SIAU: _____ Facturación: _____ AREA DE ADMINISTRACIÓN: _____ DEPENDENCIA: _____					
DESCRIPCIÓN: <u>Para solicitar la ampliación en el Servicio de odontología ya que 30 citas es demasiado poco</u> <u>Gracias</u>					

		E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZON DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: <u>30 de agosto 2021</u> NOMBRE: <u>Rosa Elvira Escobar</u> IDENTIFICACIÓN: <u>27388352 pueres</u> DIRECCIÓN: <u>Bl Amistad</u> TELÉFONO: <u>3128365473</u> CORREO ELECTRÓNICO: _____		AFILIACIÓN A EPS: <u>EnSandu</u> REGIMEN SUBSIDIADO <input type="checkbox"/> CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>		PROCEDENCIA URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: _____ Hospitalización: _____ Urgencias: _____ Odontología: _____ Laboratorio: _____ Recepción: _____ Farmacia: _____ Consulta Especializada: _____ CONSULTA EXTERNA: PYM: _____ Crecimiento y Desarrollo: _____ Citologías: _____ Vacunación: _____ SIAU: _____ Facturación: _____ AREA DE ADMINISTRACIÓN: _____ DEPENDENCIA: _____					
DESCRIPCIÓN: <u>Me siento incómodo por la falta de odontólogos para prestarnos el servicio Odontológico que necesitamos. 3:00 am y solo dan 30 cupos sabiendo que tenemos muchos seres humanos que necesitan el servicio. o programar mas días pero solo Lunes y Viernes. es injusto.</u>					

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
 Conmutador 4287089 Ext. 101 Fax: 4282488 Celular: 3108020679 - 3123506029
 www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
 La Hormiga - Valle del Guamuez - Putumayo

La Hormiga Pty 03-09-2021.


Respetoso saludo.


De manera respetosa me permito solicitar mejorar la atención del Servicio del área de trabajo Social Puesto que no es justo que pise 1 hora y no presten el servicio y nos manifiestan que están desayunando, y los usuarios esperando.


Muchas gracias por su colaboración

Atentamente

Usuarios. Valle del Guamuez

		E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZON DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: _____ NOMBRE: _____ IDENTIFICACIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____		AFILIACIÓN A EPS: _____ REGIMEN SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO		PROCEDENCIA URBANA RURAL	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: _____ Hospitalización: _____ Urgencias: _____ Odontología: _____ Laboratorio: _____ Recepción: _____ Farmacia: _____ Consulta Especializada: _____		CONSULTA EXTERNA: PYM: _____ Crecimiento y Desarrollo: _____ Citologías: _____ Vacunación: _____ SIAU: _____ Facturación: _____		ÁREA DE ADMINISTRACIÓN: _____ DEPENDENCIA: _____	
DESCRIPCIÓN: Por FAVOR PA 50 Seguridad Social y me toca Mendiagor un turno que nunca A LEORSE. que mejore odontología y toda la SALUD Mi nombre es <u>Poniro Antonio Choleza</u> <u>CC 13016679</u>					

	ACTAS	Código
		1243-02.37
		Página __ de __

		E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS NIT: 846.000.471-5		ESTE FORMATO ES PARA DEPOSITAR EN EL BUZÓN DE P.Q.R.S.F.	
FECHA: <u>07/09/21</u> NOMBRE: <u>Diómaría Vinado</u> IDENTIFICACIÓN: <u>84026899</u> DIRECCIÓN: <u>barrio 9ji</u> TELÉFONO: <u>317 7584736</u> CORREO ELECTRÓNICO: _____		AFILIACIÓN A EPS: <u>Em Sanar</u> REGIMEN SUBSIDIADO <input checked="" type="checkbox"/> CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>		PROCEDENCIA URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input checked="" type="checkbox"/>	
SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: _____ Hospitalización: _____ Urgencias: _____ Odontología: _____ Laboratorio: _____ Recepción: _____ Farmacia: _____ Consulta Especializada: _____					
CONSULTA EXTERNA: PYM: _____ Crecimiento y Desarrollo: _____ Citologías: _____ Vacunación: _____ SIAU: _____ Facturación: _____					
ÁREA DE ADMINISTRACIÓN: _____ DEPENDENCIA: _____					
DESCRIPCIÓN: <u>Solicitamos Urgente un Auxiliar</u> <u>Para Ragos x ya que se debe</u> <u>Esperar Mucho tiempo para que</u> <u>Se pueda ser Atendido</u>					

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
 Conmutador 4287089 Ext. 101 Fax: 4282488 Celular: 3108020679 - 3123506029
 www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
 La Hormiga - Valle del Guamuez – Putumayo


	ACTAS	Código
		1243-02.37
		Página __ de __

EVIDENCIA FOTOGRAFICA




Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
 Conmutador 4287089 Ext. 101 Fax: 4282488 Celular: 3108020679 - 3123506029
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
 La Hormiga - Valle del Guamuez – Putumayo

	ACTAS	Código
		1243-02.37
		Página __ de __

LISTA DE ASISTENCIA

			PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA		CÓDIGO 1140-52.30 VERSION 1.0 Pagina <u>1</u> de <u>2</u>
DÍA	MES	AÑO			
		2021			
TEMA			<input type="checkbox"/> Capacitación o entrenamiento en: <input type="checkbox"/> Sistema General de Seguridad S.S. <input type="checkbox"/> Sistema de Gestión de Calidad <input type="checkbox"/> Sistema de Gestión S.S.T. <input type="checkbox"/> Sistema de Gestión de Salud Pública <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Otras		
OBJETIVO			<input type="checkbox"/> Difusión de normas o <input type="checkbox"/> Actualizaciones <input type="checkbox"/> Actividades diferentes a capacitación o entrenamiento		
Apertura de Botones			FACILITADOR / INSTRUCTOR <input checked="" type="radio"/> Interno <input type="radio"/> Externo NOMBRE Natalia Regalado		
Apertura de botones de la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús con el objetivo de dar trámite a PORS intersección por uso nico			CEDULA 10618736		
OBSERVACIONES			FIRMA		
Se notificara PORS encontradas a coordinador de area encargado.					
ASISTENTES					
FAVOR ESCRIBIR NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) COMPLETOS, LEGIBLES Y EN TINTA					
	NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	CARGO Y/O PROFESION	ÁREA	FIRMA
1	Natalia Regalado	10618736	Talentedos	Trabajos	Natalia Regalado
2	HECTOR YOVANY CABRERA	12757338	APOYO A CALIDAD	CALIDAD	
3	Luz Angelica Espinosa	1.21.506025	SAC SSM	SAC SSM	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

¡CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS SERVICIOS!
 Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
 Teléfono: 42874089 Ext 101 Fax 4282488 Celular: 3108020679-3123506029
 www.hospitalhormiga.gov.co - E-mail: esehormiga2008@hotmail.com
 La Hormiga - Valle del Guamuez - Putumayo

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
 Conmutador 4287089 Ext. 101 Fax: 4282488 Celular: 3108020679 - 3123506029
 www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
 La Hormiga - Valle del Guamuez - Putumayo