



**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**  
**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  
 Proceso Planeacion Estrategica  
 Procedimiento Seguimiento al Plan de Desarrollo  
**Inscripción Propuestas – Rendición de Cuentas**

Versión: 01  
 Código: F001-P01-PE  
 Fecha: 25/09/2015

Recomendación: los hechos sobre los cuales se va a pronunciar deben estar relacionados con los temas definidos para la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas.

Fecha de la Audiencia 02 04 2016 Actúa en forma personal SI  NO

Nombres y apellidos Eva Cristina Morales Mideros

Nombre de la Entidad que representa Dirección territorial de Salud

Tipo identificación TI  CC  CE  NIT  Otra  Número 1053770671 de Manizale

Teléfono y/o celular 3164690952 email evacmideros@gmail.com

Dirección CR 10 # 13-49 Municipio \_\_\_\_\_

Describe su propuesta o pregunta  
Discapacidad auditiva, apoyamos la detección temprana de la discapacidad y el apoyo oportuno a esta discapacidad y sus familias

Documentos que adjunta a la propuesta

Número de folios que adjunta \_\_\_\_\_ ¿Contempla asistir a la audiencia pública? SI  NO

[Firma]  
 Firma de quien entrega

**ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**

Fecha Radicación DD MM AAAA

OBSERVACIONES:



**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**  
**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  
 Proceso Planeacion Estrategica  
 Procedimiento Seguimiento al Plan de Desarrollo  
**Inscripción Propuestas – Rendición de Cuentas**

Versión: 01  
 Código: F001-P01-PE  
 Fecha: 25/09/2015

Recomendación: los hechos sobre los cuales se va a pronunciar deben estar relacionados con los temas definidos para la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas.

Fecha de la Audiencia 07 09 2016 Actúa en forma personal SI  NO

Nombres y apellidos Wladimir Ospina S.

Nombre de la Entidad que representa Asociación de Pacientes Hospital General de Caldas

Tipo identificación TI  CE  NIT  Otra  Número 94.209.937 de Manizales

Teléfono y/o celular 8752493 email wo Ospina@hotmail.com

Dirección Cra. 55 68 D 57 Municipio Manizales

Describa su propuesta o pregunta  
Desde antes el día de la rendición de cuentas del Hospital General de Caldas el Dr. William Ospina nos dijo que por fin iba a tener una EPS propia firmada, contratada y cobrada. En la época de la rendición de cuentas y me preguntaron que no por los meses de la época de la rendición de cuentas?

Documentos que adjunta a la propuesta  
Que por favor fuera que usted señor director de la territorial nos ayude para que nuestra EPS contratada y cobrada nos ayude al Hospital General de Caldas.

Número de folios que adjunta \_\_\_\_\_ ¿Contempla asistir a la audiencia pública? SI  NO

Firma de quien entrega \_\_\_\_\_

**ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**

Fecha Radicación 

DD	MM	AAAA
----	----	------

OBSERVACIONES:






**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**  
**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  
 Proceso Planeacion Estrategica  
 Procedimiento Seguimiento al Plan de Desarrollo  
**Inscripción Propuestas – Rendición de Cuentas**

Versión: 01  
 Código: F001-P01-PE  
 Fecha: 25/09/2015

Recomendación: los hechos sobre los cuales se va a pronunciar deben estar relacionados con los temas definidos para la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas.

Fecha de la Audiencia  Actúa en forma personal SI  NO

Nombres y apellidos Ernesto Quintan Rincón

Nombre de la Entidad que representa Veeduría de Salud de Caldas

Tipo identificación  TI  CC  CE  NIT  Otra Número 10221160 de Mantuales

Teléfono y/o celular 3218778146 email veesaludcaldas@gmail.com

Dirección Calle 16 No 22-50 Municipio Mantuales

Describe su propuesta o pregunta  
A partir de considerar la atención primaria y evitar tener enfermos; para lo cual si requiere especial fortalecimiento de la prevención y seguimiento. Qué se puede explicar sobre el cierre de urgencias en Asbsalud San José y la inminente desaparición de varios centros de atención (m) de Asbsalud en la ciudad.

Documentos que adjunta a la propuesta  
Es información socializada en todo el municipio de Mantuales

Número de folios que adjunta \_\_\_\_\_ ¿Contempla asistir a la audiencia pública? SI  NO

AR  
 Firma de quien entrega

**ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**

Fecha Radicación

OBSERVACIONES:

---



---