ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: **202341450300051851**
Fecha: **2023-08-10**
TRD: **4145.030.13.1.953.005185**
Rad. Padre: **202341730101471992**

Señor
ORLANDO OREJUELA
Presidente
Asociación de Usuarios
Hospital Carlos Carmona Montoya
Cali

ASUNTO: Respuesta a su requerimiento

Cordial saludo,

De acuerdo con su comunicado radicado Nro. 202341730101471992, me permito informarle que las personas de la asociación de usuarios del Hospital Carlos Carmona Montoya, que relaciona serán tenidos en cuenta para la capacitación en Control Social realizada por las profesionales del grupo de Participación Social de la Secretaria Distrital de Salud de Cali.

Atentamente,

NELSY PATRICIA VILLA TOMBE
Responsable
Grupo Gestión de la Participación Social

Proyecto y Elaboró: Maria Hilda Ceballos Castañeda – Contratista