| | | |
|---|---|---|
| Mauricio De la Rosa | Medico Contratista | |
| Felipe Jimenez Rodriguez | Ingeniero estructural – Ministerio de salud | |

**8. FIRMA DE LOS ASISTENTES O PERSONAL QUE ATIENDE LA VISITA POR PARTE DE LA INSTITUCION.**

| **NOMBRE** | **CARGO** | **FIRMA** |
|---|---|---|
| Maria del Pilar Osorio | Gerente | |
| Javier Carmona | Director medico | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**9. ANEXOS:** La información solicitada, en los COMPROMISOS adquiridos se debe enviar a: secretaria de Salud Departamental; piso 4 Edificio Gobernación Quindío; Dirección de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud; Grupo – Inspección, Vigilancia y Control.

***Correo electrónico:*** *inspeccionyvigilancia@gobernacionquindio.gov.co*



Powered by CamScanner