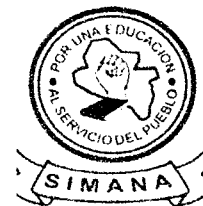




**SECRETARIA DE SALUD, BIENESTAR
Y PRESTACIONES SOCIALES SIMANA
INFORME GENERAL POR MUNICIPIO**



❖ **Municipio:**

❖ **Subdirectiva o comité de base:**

❖ **Número de afiliados que atiende PROINSALUD:**

Marque la casilla correspondiente

❖ **El municipio tiene sede** SI NO

❖ **Tiene contrato con la E.S.E. municipal** SI NO

❖ **El municipio tiene punto de dispensación de medicamentos:**
SI NO

❖ **En el municipio hay red alterna de servicios como farmacia**
SI NO Otros:

Teniendo en cuenta los servicios ofertados en su municipio por la entidad prestadora del servicio de salud exprese en este documento la falta de oportunidad, necesidades, quejas o sugerencias que permitan mejorar la calidad del servicio de salud en su municipio. También podrá hacer propuestas de mejora que serán puestas en mesa para pronta solución.



NOMBRE DEL SERVICIO	DIFICULTAD	PROPUESTA DE SOLUCIÓN



También en este formato solicitamos nos haga conocer el nombre de los integrantes del COPASST si ya lo tiene organizado en su institución, de lo contrario sugerimos contemplar su organización, pues es indispensable tenerlo activo: _____

Nombre veedor responsable _____

Firma _____ Cedula No. _____ No. móvil _____

Favor entregar a la secretaria de Salud o a su Delegada de Prestaciones.

PIEDAD NEREYDA ARTEAGA
Sec salud, bienestar y prestaciones

MONICA THOME PONCE
Delegada de prestaciones y salud

Digita: *Gloria Lucia*

