

Formulario de inscripción ciudadana

Procesos, instancias y acciones de participación

E.S.E. Hospital San Antonio de Sesquilé

Este formulario permite manifestar su interés en participar en los espacios de diálogo, consulta, colaboración, rendición de cuentas y control social promovidos por la institución. Los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios.

1. Información de la persona interesada

Nombres y apellidos *

Tipo de documento *

Número de documento *

Rango de edad *

Municipio de residencia *

Correo electrónico *

Teléfono o celular *

Organización, entidad o colectivo al que pertenece (opcional)

Tipo de participante *

2. Interés de participación

Seleccione uno o varios espacios de interés: *

☐ Diagnóstico de necesidades e identificación de problemas

☐ Planeación y presupuesto participativo

☐ Consultas ciudadanas

☐ Colaboración e innovación abierta

☐ Rendición de cuentas

☐ Control social y veedurías ciudadanas

☐ Asociación de Usuarios

☐ Otro espacio o instancia

Si seleccionó «Otro», indique cuál

Tema o asunto sobre el cual desea participar *

Información para facilitar su participación

3. Preferencias de participación

Modalidad preferida *

Medio de contacto preferido *

Disponibilidad habitual

Sede de interés

¿Requiere algún ajuste para facilitar su participación? (opcional)

☐ Acceso para movilidad reducida

☐ Apoyo para discapacidad visual

☐ Apoyo auditivo o LSC

Otro ajuste o información relevante

4. Propuesta o expectativa

¿Qué aporte, propuesta o expectativa desea compartir con la institución?

5. Autorizaciones

La información suministrada será utilizada para gestionar su inscripción, contactarlo sobre los espacios seleccionados, caracterizar la participación ciudadana y mejorar los mecanismos institucionales. Consulte la Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales en la página web del hospital.

☐ Declaro que la información es veraz y autorizo su tratamiento para las finalidades informadas. *

☐ Autorizo recibir invitaciones e información sobre futuros espacios de participación ciudadana.

Nombre de quien diligencia *

Fecha de diligenciamiento *

Gracias por su interés en participar.

La institución se comunicará por el medio indicado cuando programe el espacio seleccionado.