

# XI SEMINARIO TALLER CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



Bogotá, Hotel Tequendama  
Febrero 14 y 15 de 2019.



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE DE LA ENTIDAD:			
NIT:			
DIRECCION:			
	DEPARTAMENTO:		MUNICIPIO:
PERSONA ENCARGADA DEL PAGO:			
TELEFONOS DEL CONTACTO:			
CORREO ELECTRONICO:			

## DATOS DEL (LOS) ASISTENTE (S):

1.NOMBRE COMPLETO:				Nº DE IDENTIFICACION:			
TELEFONO FIJO:				TELEFONO MOVIL:			
CARGO:				CORREO ELECTRONICO:			
REQUIERE HOSPEDAJE:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	FECHA INGRESO HOTEL:		FECHA SALIDA HOTEL:
TIPO DE ACOMODACION:	SENCILLA:	<input type="checkbox"/>	DOBLE:	<input type="checkbox"/>	COMPARTE HABITACIÓN CON:		

1.NOMBRE COMPLETO:				Nº DE IDENTIFICACION:			
TELEFONO FIJO:				TELEFONO MOVIL:			
CARGO:				CORREO ELECTRONICO:			
REQUIERE HOSPEDAJE:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	FECHA INGRESO HOTEL:		FECHA SALIDA HOTEL:
TIPO DE ACOMODACION:	SENCILLA:	<input type="checkbox"/>	DOBLE:	<input type="checkbox"/>	COMPARTE HABITACIÓN CON:		

1.NOMBRE COMPLETO:				Nº DE IDENTIFICACION:			
TELEFONO FIJO:				TELEFONO MOVIL:			
CARGO:				CORREO ELECTRONICO:			
REQUIERE HOSPEDAJE:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	FECHA INGRESO HOTEL:		FECHA SALIDA HOTEL:
TIPO DE ACOMODACION:	SENCILLA:	<input type="checkbox"/>	DOBLE:	<input type="checkbox"/>	COMPARTE HABITACIÓN CON:		

NOMBRE AUTORIZADOR DEL GASTO:			CARGO:		
-------------------------------	--	--	--------	--	--