



SOLICITUD DE REFERENCIACIÓN

FR036-CMC
V:02

Por favor diligenciar y enviar al correo electrónico: calidad@dime.com.co

DATOS GENERALES:

Fecha de solicitud:

Fecha propuesta para la Referenciación:

Institución:

Ciudad:

Dirección:

Persona de contacto:

Cargo:

Correo electrónico:

Teléfono:

Celular:

OBJETIVO DE REFERENCIACIÓN:

TEMA (S) A REFERENCIAR:

PREGUNTAS CLAVES EN EL PROCESO DE REFERENCIACIÓN:

PERSONAS QUE ASISTIRÁN A LA REFERENCIACIÓN:

Nombre:

Nro. de identificación:

Cargo:

Nombre:	Nro. de identificación:	Cargo:

 MEDIO PROPUESTO PARA REALIZAR LA REFERENCIACIÓN: Presencial Virtual



SOLICITUD DE REFERENCIACIÓN

FR036-CMC
V:02

Por favor diligenciar y enviar al correo electrónico: calidad@dime.com.co

DILIGENCIAMIENTO PARA USO EXCLUSIVO DE DIME CLÍNICA NEUROCARDIOVASCULAR

Aceptada

No Aceptada

Fecha de solicitud:

Horario:

Responsable de la atención de la Referenciación:

Cargo:

Firma:

OBSERVACIONES