



INSTITUTO  
DEPARTAMENTAL  
DE SALUD  
NORTE DE SANTANDER

ATENCIÓN EN SALUD

Código: F-AS-SE01-03

INFORME DE VISITA Y/O SEGUIMIENTO

Fecha Aprobación:  
21/02/11

Versión: 03

Página 1 de 2

INFORME PRELIMINAR \_\_\_\_\_

INFORME FINAL\_\_\_\_\_

**1. INFORMACION DE LA VISITA Y EL GRUPO VISITADOR**

FECHA:

LUGAR:

DURACION DE LA VISITA:

NOMBRE, IDENTIFICACION Y CARGO DEL ORDENADOR DE LA VISITA:

GRUPO VISITADOR	NOMBRE	IDENTIFICACION PERSONAL	PROFESION	CARGO	

**2. INFORMACION GENERAL DEL SUJETO VISITADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

DIRECCION:

NIT:

OBJETO SOCIAL:

TIPO DE ENTIDAD:

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA DEL RTE LEGAL:

IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL:

**3. OBJETO DE LA VISITA**


**4. INFORME TEMATICO DE LA VISITA**


COPIA CONTROLADA

