INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCION EN SALUD	Codigo: F-AS-VP01-02
	REGISTRO ENTREGA DE FORMULARIOS	Version: 01

MES:

No	FECHA	NOMBRE DEL PRESTADOR	Nº RADICADO	CLASE FORMULARIO		TIPO NOVEDAD	ENTREGADO POR
				NOVEDAD	INSCRIPCION		

COPIA CONTROLADA