

 <b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> NORTE DE SANTANDER	<b>ATENCION EN SALUD</b>	<b>Código: F-AS-PS04-03</b>
	<b>CONTROL SOLICITUDES DE AUTORIZACION</b>	<b>Fecha Elaboración: 11/03/15</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1</b>

RADICADO N°	Nº DE FOLIOS	USUARIO	DOCUMENTO IDENTIDAD

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
RECIBIDO AUDITOR MEDICO

\_\_\_\_\_  
RECIBIDO AUXILIAR ADMINISTRATIVA 2

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

RECIBIDO: \_\_\_\_\_ RECIBIDO: \_\_\_\_\_