INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC08-09
	INFORME MENSUAL DE VISITAS DE INSPECCION SANITARIA	Versión: 01

MUNICIPIO: _____ **MES:** _____

NOMBRE DEL TÉCNICO: _____

AREA:_____

ACTIVIDAD: Visitas de Inspección Sanitaria (Incluye Fábricas, Establecimientos de Preparación, Consumo, Expendio, Deposito de Alimentos y Bebidas, Establecimientos Especiales, Fuentes Hídricas, Acueducto o abastos rurales, Sistemas de Tratamiento de Agua, Sitios de disposición final de residuos sólidos o manejo de servicio de aseo, Sitios de descarga de red de alcantarillado o sistemas de tratamiento de aguas residuales, Depósitos y expendios de plaguicidas y generadores de residuos hospitalarios)

N°	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	FECHA VISITA	RAZON SOCIAL	TIPO Y NUMERO DE ACTA O DOCUMENTO DE SOPORTE	CONCEPTO SANITARIO	FECHA VERIFICACION DE EXIGENCIAS	MEDIDA APLICADA O GESTION REALIZADA

COPIA CONTROLADA