INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	SALUD PUBLICA	Código F-SP-VC10-01
	ACTA DE INSPECCION A QUEJA SANITARIA	Versión: 01

ACTA No: _____

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE VISITA: _____

ASUNTO: _____

ATENCION DE: _____

DIRECCION: _____

ESTABLECIMIENTO: _____

TELEFONO: _____

NOMBRE: _____ C.C _____

EN CALIDAD DE AFECTADO: _____ PROPIETARIO _____ OTRO _____

NOMBRE _____ C.C _____

DIRECCION: _____

ESTABLECIMIENTO: _____

TELEFONO: _____

EN CALIDAD DE AFECTADO: _____ PROPIETARIO _____ OTRO _____

DESCRIPCION: _____

OBSOLETO

FUNCIONARIO RESPONSABLE

FIRMA DE QUIEN (S) ATIENDE LA DILIGENCIA

A LOS ____ DIAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

OBSOLETO