|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL SITIO CAUSANTE DE LA MOLESTIA:** |
| **ESTABLECIMIENTO: VIVIENDA:** |
| **DIRECCIÓN: TELÉFONO:** |
| **BARRIO: COMUNA: VEREDA:** |
| **CORREGIMIENTO: MUNICIPIO:** |
| **COORDENADAS: LATITUD: LONGITUD:** |
| **PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL:** |
| **CEDULA DE CIUDADANIA No. EXPEDIDA EN:** |
| **MOTIVO DE LA VISITA: ATENCION A PQRS RADICADO No. DE FECHA:** |
| **DESARROLLO DE LA VISITA:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **REQUERIMIENTOS SANITARIOS:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **PLAZO DE CUMPLIMIENTO:** |
| **CONCEPTO SANITARIO EMITIDO (Especifique las normas vigentes):** |
|  |
|  |
|  |
| **OBSERVACIONES:** |
|  |
|  |
|  |
| Para constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por quienes intervinieron en la diligencia. De la presente acta se deja copia en poder el interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FUNCIONARIOS DE SALUD:** | | | |
| **FIRMA:** |  | **FIRMA:** |  |
| **NOMBRE:** |  | **NOMBRE:** |  |
| **CÉDULA:** |  | **CÉDULA:** |  |
| **CARGO:** |  | **CARGO:** |  |
|  | | | |
| **QUIEN ATENDIÓ LA VISITA:** | | | |
| **FIRMA:** |  | **FIRMA:** |  |
| **NOMBRE:** |  | **NOMBRE:** |  |
| **CÉDULA:** |  | **CÉDULA:** |  |
| **CARGO:** |  | **CARGO:** |  |