Transcaribe S.A.

ACOMPAÑAMIENTO SOCIALPLAN DE REASENTAMIENTO S.I.T.M.
TRAMO III CUATRO VIENTOS - BAZURTO
A C T A D E V I S I T A

FECHA : _____ HORA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

OBJETIVO:_____
_____
_____
_____

DESARROLLO:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

OBSERVACIONES:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____
FIRMA QUIEN RECIBE LA VISITA **TRABAJADORA SOCIAL**