ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD Nro.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: DIRECCIÓN: FECHA:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (Producto)** | **Presentación Comercial** | **Fecha de Vencimiento** | **Lote** | **RS/ PS / NS** | **Fabricante** | **Distribuidor** | **Cantidad** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motivo:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motivo:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motivo:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motivo:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (Producto)** | **Presentación Comercial** | **Fecha de Vencimiento** | **Lote** | **RS/ PS / NS** | **Fabricante** | **Distribuidor** | **Cantidad** |
| **Motivo:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motivo:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motivo:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motivo:** |
| **PESO TOTAL DE LA DESNATURALIZACIÓN:** |

NOTA: En caso que los productos a desnaturalizar no procedan de fábricas de alimentos, diligenciar únicamente los espacios correspondientes a nombre del producto, cantidad y motivo.

RS: Registro Sanitario PS: Permiso Sanitario NS: Notificación Sanitaria

# FIRMA POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD:

**SE NOTIFICA POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:**