



ACTA DE TOMA DE MUESTRA.

LOGO ETS

ACTA Nro. _____

Fecha _____ Hora: _____

Establecimiento _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____

Ciudad, municipio u otro _____ Departamento _____ Representante Legal _____

Vehículo (tipo) _____ No. de placa _____ Propietario _____

No. de orden	No. U/M o producto	Contenido neto gr o cc por unidad	Nombre del producto, marca y presentación	T°C	Tipo de envase	Número de lote o fecha de vencimiento (si aplica)	Registro Sanitario(si aplica)

CONVENCIONES: U/M: Unidades por muestra del mismo lote; T: temperatura. El número de unidades por muestra dependen de la norma de cada producto.

Se deja contramuestra oficial: **SI** **NO** Se deja contramuestra en poder del interesado: **SI** **NO**

Sitio de almacenamiento del producto muestreado: _____

ANÁLISIS SOLICITADOS:

OBSERVACIONES:

Firman las personas que intervinieron en la presente diligencia:

Por parte de la Entidad de Salud Territorial.

Firma _____
Nombre _____
Cargo y entidad _____
C.C. N° _____

Por parte del establecimiento o responsable del producto.

Firma _____
Nombre _____
Cargo y entidad _____
C.C. N° _____

Recibe laboratorio: Nombre _____ Firma _____ Fecha _____ Hora _____ T _____ °C