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 o causal de destrucción:** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motivo o causal de destrucción:** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motivo o causal de destrucción:** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motivo o causal de destrucción:** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motivo o causal de destrucción:** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

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

En caso de que sea necesario guardarlos de manera temporal mientras se realiza la destrucción por razones de logística u otros, los productos se guardan bajo la absoluta responsabilidad de: en calidad de del establecimiento en mención y solo serán entregados cuando se notifique expresamente por la autoridad competente.

# FIRMA POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD:

**SE NOTIFICA POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:**