



**FORMATO ANEXO ACTA DE
CONGELAMIENTO.**

FORMATO Nro. _____

LOGO ETS

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:							



**FORMATO ANEXO ACTA DE
CONGELAMIENTO.**

FORMATO Nro. ____

LOGO ETS

Nombre (Producto)	Presentación Comercial	Fecha de Vencimiento	Lote	RS/ PS /NS	Fabricante	Distribuidor	Cantidad
Motivo:							
Motivo:							
Motivo:							
Motivo:							
PESO TOTAL DEL CONGELAMIENTO:							

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

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



**FORMATO ANEXO ACTA DE
CONGELAMIENTO.**

FORMATO Nro. _____

LOGO ETS

Los productos se guardan bajo la absoluta responsabilidad de:
_____ **en calidad de** _____ **del**
establecimiento en mención y solo serán utilizados cuando se notifique expresamente por la autoridad competente.

Se le notifica al propietario de los productos congelados que el término de la medida sanitaria de congelamiento es de sesenta (60) días calendario improrrogables o fecha inferior a la fecha de vencimiento.

POR LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: _____

SE NOTIFICA POR: _____