
	<b>ACTA DE LEVANTAMIENTO DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD.</b>  <b>Acta Nro. _____</b>	 <p>Alcaldía Municipal <b>Ibagué</b> NIT.800113389-7</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, los funcionarios de la Entidad Territorial de Salud (ETS)

identificados como abajo aparece, en ejercicio de funciones oficiales visitaron las instalaciones del establecimiento:

Razón social y/o Nombre comercial: \_\_\_\_\_  
 Actividad: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Representante legal: \_\_\_\_\_  
 y procedieron al **LEVANTAMIENTO** de la medida sanitaria de seguridad consistente en \_\_\_\_\_ impuesta al establecimiento (o producto) denominado \_\_\_\_\_, ubicado en la dirección citada anteriormente, según acta de Aplicación de Medida Sanitaria Nro. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.

Se procede al levantamiento de la Medida Sanitaria, motivado en \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Esta actuación se realiza con fundamento en lo establecido en la ley 9 de 1979 y su reglamentación, especialmente la normatividad \_\_\_\_\_ expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Para constancia firman los funcionarios que realizaron la presente diligencia.**

Firma _____	Firma _____
Nombre _____	Nombre _____
C.C. _____	C.C. _____
Cargo _____	Cargo _____

**Responsable o propietario del establecimiento**

**Testigo**

Firma _____	Firma _____
Nombre _____	Nombre _____
C.C. _____	C.C. _____
Cargo _____	Cargo _____