**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 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.**

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: