

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

Acta No.		Ciudad		Fecha	
Hora:		Funcionario			
Cargo					
Nombre del Establecimiento					
Propietario y/o representante legal					
Cedula o Nit					
Nombre del establecimiento					
Dirección				Teléfono	
Director técnico				C.C.	
Correo electrónico					
Nombre de la persona que atiende la visita					
Cedula de ciudadanía					
Cargo					
Fecha Ultima Visita		Concepto			
Numero de acta		Funcionario			

ASPECTOS A VERIFICAR

ASPECTOS A VERIFICAR	CUMPLIÓ	NO CUMPLIÓ

CONCEPTO:

FAVORABLE	Cumple totalmente las condiciones técnico – sanitarias
DESFAVORABLE	No admite exigencias. Se procede a aplicar medida sanitaria de seguridad

No siendo mas el objeto de la visita se da por terminada, para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios personas que intervinieron en la visita de hoy _____ del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal o quien atendió la visita.

OBSERVACIONES

FUNCIONARIOS QUE PRACTICA LA VERIFICACIÓN	REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO
FIRMA: _____ NOMBRE: _____ C.C. _____ CARGO: _____	FIRMA: _____ NOMBRE: _____ C.C. _____ CARGO: _____