

	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC13-02
	ACTA DE TOMA DE MUESTRAS PARA BEBIDAS ALCOHOLICAS	Versión: 01

ACTA No. _____

FECHA _____ HORA _____ OBJETO CONTROL DE CALIDAD _____ RENOVACION _____ OTRO _____

ESTABLECIMIENTO _____ DIRECCION _____ TELEFONO _____

FAX _____ CIUDAD/MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____

REPRESENTANTELEGAL _____

No. ORDEN	PRODUCTO	NUMERO REGISTRO SANITARIO	CONTENIDO NETO (UNIDAD)	No DE LOTE	CANTIDAD TOTAL DE LA MUESTRA	NUMERO DE ESTAMPILLADO

OBSERVACIONES _____

Firman las personas que en ellas intervinieron:

Por parte de la Empresa

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

CARGO: _____

C.C No: _____

Funcionario de salud

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

CARGO: _____

C.C No: _____

Recibe Laboratorio: NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____ T°C _____