

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

**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 \_\_\_\_\_